سِمات التوحد

Features of Autism

الدكتور

أسامة فاروق مصطفى

قسم التربية الخاصة - كلية التربية

جامعة الطائف

الدكتور

السيد كامل الشربيني

قسم التربية الخاصة - كلية التربية

جامعة الطائف






دار
المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة

إهداء إلى مكتبة الإسكندرية
د/ أسامة هارون







Features of Autism

رقـــــم التصــــنيف : 155.4

المؤلف ومن هو في حكمه : اسامة فاروق مصطفى / السيد كامل الشربيني

عنــــوان الكــــتاب : سمات التوحد

رقـــــم الإيـــــداع : 2010/8/3063

الــــواصـــــفـــــات : التوحد/ الأمراض النفسية/علم الأمراض النفسية

سيكولوجية الطفولة

بـــيانـــــات الـــنشــر : عمان - دار المسيرة للنشر والتوزيع

تم إعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

الطبعة الأولى 2011م - 1432هـ



عنوان الدار

الرئيسي : عمان - العبدلي - مقابل البنك العربي هاتف : 5627049 6 962+ فاكس : 5627059 6 962+
الفرع : عمان - ساحة المسجد الحسيني - سوق البتراء هاتف : 4640950 6 962+ فاكس : 4617640 6 962+
صندوق بريد 7218 عمان - 11118 الأردن

E-mail: info@massira.jo . Website: www.massira.jo

سِمات التوحد

Features of Autism

الدكتور
أسامة فاروق مصطفى
قسم التربية الخاصة - كلية التربية
جامعة الطائف

الدكتور
السيد كامل الشربيني
قسم التربية الخاصة - كلية التربية
جامعة الطائف



﴿ وَفِيٓ أَنفُسِكُمۡۚ أَفَلَا تُبۡصِرُونَ ٢١ ﴾

[الذاريات: 21]

الفهرس

الفصل الأول
السمات الجسمية

الفصل الثاني

السمات اللغوية

الفصل الثالث

السمات السلوكية

الفصل الرابع
السمات الاجتماعية

الفصل الخامس
السمات المعرفية

الفصل السادس
السمات النفسية

الفصل السابع
السمات الشخصية

المقدمة

الحمد لله الذي هدانا لهذا، وما كنّا لِنَهْتَدِيَ لولا أن هدانا الله، وما توفيقي، ولا اعتصامي، ولا توكّلي إلا على الله، وأشهد أن لا إله إلا الله وحده لا شريك له، إقراراً برُبوبيَّته، وإرغاماً لمن جحد به وكفر، والصلاة والسلام التامان الكاملان على سيد الخلق أجمعين، طب القلوب ودواؤها، وعافية الأبدان وشفاؤها، ونور الأبصار وضياؤها.

يُعد التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية تأثيراً على القدرات النمائية المتباينة للطفل، ومع غياب الكثير من أسباب هذا الاضطراب، وعدم تحديد سبب محدد لحدوثه، إلا أن الكثير من السمات البادية على الطفل التوحدي، تعلن عن نفسها بكثير من الوضوح، وهذا يساعدنا الى حد كبير على إجراء تشخيص دقيق واف لهذا الاضطراب، كما يساعد العاملين في ميدان التربية الخاصة على التعرف على سمات الطفل التوحدي بالرغم من الفروقات البينية بين الأطفال التوحديين في هذه السمات.

هذا ويقع الكتاب في سبعة فصول يتناول الفصل الأول منها: السمات الجسمية: الطول والوزن، الأسنان، نمو المخ، تطور المخ، تطور السمع، تطور اللمس، تطور التذوق والشم، النمو الحركي، المهارات الحسية الحركية، بعض الأمراض التي تصيب الأطفال التوحديين.

ويتناول الفصل الثاني: السمات اللغوية وتشمل: الأسس البيولوجية للكلام واللغة، تصنيف اضطرابات الكلام واللغة، اضطرابات الصوت، اضطرابات النطق، اضطرابات الكلام، اضطرابات اللغة، المصاداة (ترديد الكلام).

ويبرز الفصل الثالث: أهم السمات السلوكية: اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد، اضطرابات النوم، اضطرابات الأكل، اضطرابات الإخراج، السلوك العدواني، السلوك النمطي ويعرض الفصل الرابع: أهم السمات الاجتماعية وتشمل:

مراحل تطور النمو الاجتماعي، المهارات الاجتماعية، الكفاءة الاجتماعية، العزلة الاجتماعية، تحديق العينين، الاهتمام المشترك، الرغبة في تكوين الصداقات، اللعب، العلاقة الوسيلية مقابل العلاقة التعبيرية، الاتجاهات نحو الأطفال التوحديين.

ويتضمن الفصل الخامس: السمات المعرفية وتشتمل على الانتباه، الإدراك، التذكر، التفكير، التخيل، الذكاء، القدرات الخاصة للتوحديين، الابتكار والتوحد، المعارف الأكاديمية، تفضيل اليد، فهم الزمن.

ويتناول الفصل السادس: السمات النفسية وتحوي: مظاهر الحالة الانفعالية المستثارة، الصفات المميزة للانفعالات، مراحل تطور النمو الانفعالي، التطور الانفعالي لدي الأفراد التوحديين، الغيرة، الغضب، تطور الغضب لدي الأفراد التوحديين، الشعور بالذنب. اضطرابات القلق، أعراض اضطرابات القلق، أسباب اضطرابات القلق، أسباب اضطرابات القلق لدي الأفراد التوحديين، الاضطرابات المزاجية، تصنيف الاضطرابات المزاجية، معدلات انتشار الاضطرابات الوجدانية، أعراض الاضطرابات المزاجية، أسباب الاضطرابات المزاجية، الاضطرابات المزاجية والتوحد، الفصام، الفصام لدي الأفراد التوحديين.

يستعرض الفصل السابع أهم سمات الشخصية وتتضمن: الإحباط، أنواع الإحباط، الإحباط لدى الأفراد التوحديين، مفهوم الذات، مفهوم الذات لدى الأفراد التوحدين، حاجات التوحديين، الحاجات لدى الأفراد التوحديين، التقمص الوجداني، أبعاد الشخصية لدي التوحديين.

المؤلفان

الفصل الاول

السمات الجسمية

- تعريف التوحد
- معدلات انتشار التوحد
- اسباب التوحد
- السمات الجسمية
- بعض الامراض التي تصيب الاطفال التوحديين

الفصل الاول

السمات الجسمية

تعريف التوحد

كلمتا التوحد Autism وتوحدي Autistic مشتقتان من الأصل اليوناني Autos وتعني النفس، واليوم تطبق بشكل استثنائي على اضطراب تطوري نسميه التوحد، وقد أعطيت التسمية المفضلة "توحد الطفولة المبكر" Early Infantile Autism أو توحد الأطفال Children Autism من قبل كانر Kanner (إبراهيم الزريقات، 2004، 24).

والتوحد إعاقة نمائية تطورية تتضح قبل الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وتتميز بقصور في التفاعل الاجتماعي والاتصال، والأفراد التوحديين يبدون سلوكيات نمطية متكررة ومقيدة" (Crepeau et al., 2003).

ويعرف (عبد العزيز الشخص، عبد الغفار الدماطي، 1992، 280) التوحد على أنه " من اضطرابات النمو والتطور الشامل، بمعنى أنه يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة، وعادة ما يصيب الأطفال في الثلاث سنوات الأولى، ومع بداية ظهور اللغة، حيث يفتقرون الى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح، كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم، وعدم الاهتمام بالآخرين، وتبلد المشاعر".

أما هولين Howlin، 1995 فيعرفه على أنه " مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغوي، وبالتالي في نمو القدرة على التواصل، والتخاطب، والتعلم، والنمو المعرفي، والاجتماعي، وتصاحب ذلك نزعة انسحابية انطوائية، وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي، فيصبح وكأن جهازه العصبي قد توقف تماماً عن العمل، وكما لو

كانت قد توقفت حواسه الخمس عن توصيل أو استقبال أية مثيرات خارجية أو التعبير عن عواطفه وأحاسيسه، وأصبح الطفل يعيش منغلقاً على ذاته في عالمه الخاص، فيما عدا اندماجه في أعمال أو حركات نمطية عشوائية غير هادفة لفترة طويلة، أو في ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغيير أو ضغوط خارجية لإخراجه من عالمه الخاص (في: عثمان فراج، 2002، 52).

معدلات انتشار التوحد

يُعد التوحد من أكثر الاضطرابات العميقة في مرحلة الطفولة، ومعدلات انتشاره في ازدياد، فتبلغ معدلات انتشار التوحد 15٪ لكل 10.000مولود Hobson، 1993، ويبلغ (20) طفلا لكل 10.000 طفل (Filipek et al., 2000). وتبلغ معدلات انتشار التوحد في ولاية نيوجيرسي في الولايات المتحدة 6.7 لكل 1.000 (Bertrand et al., 2001). ومعدلات انتشار اضطراب طيف التوحد ذو الأداء الوظيفي العالي بلغت 6 لكل 1.000 في الولايات المتحدة الأمريكية (Yeargin- Allosop et al. 2003). وتبلغ معدلات انتشار اضطرابات طيف التوحد، والاضطرابات النمائية الشاملة 6 لكل 1.000 وفقاً لمنظمة الصحة العالمية (WHO, 2003) عبر العالم. وفقاً لنتائج دراسة تشن وآخرين (Chen et al., 2007) فإن معدلات انتشاره كانت (1) لكل (150) طفلا.

أسباب التوحد

1. **العوامل الجينية:** يرجع حدوث التوحد إلى وجود خلل وراثي (Frith ،-1989 A, 2) فأكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) أكثر من التوائم الأخوية (من بويضتين مختلفتين) (رائد خليل، 2006، 28).
2. **العوامل المناعية:** أشارت العديد من الدراسات الى وجود خلل في الجهاز المناعي. فالعوامل الجينية وكذلك شذوذات في منظومة المناعة مقررة لدى التوحديين (Korvatska et al.,2002 ; Krause et al., 2002).

3. **العوامل العصبية**: النسبة الكبيرة من الزيادة في الحجم حدثت في كل من الفص القفوي Occipital Lobe والفص الجداري Temporal Lobe وأظهر الفحص العصبي للأطفال الذين يعانون من التوحد انخفاضاً في معدلات ضخ الدم لأجزاء من المخ التي تحتوي على الفص الجداري Temporal Lobe مما يؤثر على العلاقات الاجتماعية والاستجابة السوية واللغة. أما باقي الأعراض فتتولد نتيجة اضطراب في الفص الأمامي (نيرمين قطب، 2007، 59).

4. **عوامل كيميائية حيوية**: العديد من الدراسات بينت ارتفاعاً في مادة حمض الهوموفانيليك Homovanilicacid في السائل النخاعي وهذه المادة هي الناتج الرئيسي لأيض الدوبامين مما يشير الى احتمالات ارتفاع مستوى الدوبامين في مخ الأطفال المصابين. وكذلك أيضاً ارتفاع لمستوى السيروتونين في دم ثلث الأطفال التوحديين، ولكن هذا الارتفاع ليس مقصوراً عليهم، إذ أنه يوجد أيضاً في الأطفال المتخلفين عقلياً بدون اضطرابات ذاتوية وعلى العكس من ارتفاع السيروتونين في الدم نجد انخفاضاً في مستوى السيروتونين في السائل النخاعي بالمخ في ثلث الأطفال التوحديين (محمد المهدي، 2007، 58)، (Dodd،2005، 9).

5. **التلوث البيئي**: ثبتت علاقة الإصابة بالتوحد كنتيجة للتلوث البيئي ببعض الكيماويات، وتركيزات مرتفعة من الهواء المملوء بالزئبق والكادميوم Cadmium في ولاية كاليفورنيا ارتبطت بمعدلات مرتفعة من التوحد.

6. **العقاقير**: اقترح Wakefidle et al., 1998 ارتباط الإصابة بالتطعيمات وخاصة التطعيم الثلاثي، ويعزز هذا الافتراض زيادة التطعيمات التي تعطى للأطفال الى أن وصلت الى (41) تطعيما قبل بلوغ الطفل العامين، كما أن وجود نسبة عالية من المعادن الثقيلة داخل جسم الأطفال المصابين بالتوحد والتي هي من مصادر بيئية ومن ضمنها اللقاحات، أعطت دعماً قوياً للفرضية (نرمين قطب، 2007، 57-58).

7. **الخمر والمخدرات**: اهتمت مقالات حديثة بوصف متلازمة الكحول الجيني Fetal Alcohol Symptom والتوحد فالأثينول Ethanol معروف على أنه سبب

للإصابة قبل الولادة للجهاز العصبي المركزي، ويبدو أنه من المعقول أن نتوقع زيادة مخاطر الإصابة بالتوحد (Nanson،1992).

8. **التدخين:** انتهت نتائج دراسة هيلتمن وآخرين (Hultman et al., 2002) الى ارتباط التدخين الأموي أثناء الحمل بإصابة الطفل بالتوحد.

9. **إصابة الأم بالأمراض المعدية:** أوضحت بعض الدراسات بأن الأعراض التي نراها في الأطفال المصابين باضطراب الطيف التوحدي ASD من المحتمل أن تكون ناتجة عن العدوى، حيث أوضح Vojdani أن عينات دم الأطفال المصابين بالتوحد أظهرت وجود أجسام مضادة تتفاعل مع بروتين الحليب Chlamydia Dia Pneumonia/Streptococcus وهما عدوتان شائعتان. والمشكلة أن هذه الأجسام المضادة التي تتفاعل مع هذه البروتينات والعدوى ربما تتلف الحاجز الدموي الدماغي BBB بضم هذه مع السموم مثل الزئبق أو المادة الحافظة Thimerosal في تحصينات الأطفال يمكن أن تعبر المخ من خلال الحاجز الدموي الدماغي التالفة مسببة تلفاً لخلايا المخ (كوثر عسلية، 2006، 276-277).

ونتناول فيما يلي أهم السمات الجسمية للطفل التوحدي:

السمات الجسمية

يبدو للمشاهد أن الطفل التوحدي من الناحية الجسمية أو البدنية لم تظهر علية أي عيوب جسمية، تجعله شخصا ملحوظاً عن الأطفال العاديين: ملامحه طبيعية عند الولادة.

ويمكن أن نستعرض أهم السمات الجسمية على النحو التالي:

1. **الطول والوزن**

بالنسبة لطول الطفل الوليد، فإنه يبلغ بالمتوسط 50 سم مقاساً من الرأس الى الكعب، ويتراوح هذا المتوسط عادة بين 45، 55 سم. أما وزن الطفل فيكون في المتوسط ما بين 2- 4 كجم، ويتفوق الأولاد على البنات في الطول والوزن (شفيق فلاح، 2004،74).

وتطرأ على النمو الجسمي للطفل عند نهاية السنة الأولى تغيرات واسعة فطول الجسم يزداد بنسبة أكبر من الثلث، أما وزن الطفل في نهاية السنة الأولى فيصل إلى حوالي ثلاثة أمثال وزنه عند الميلاد، ويكون الوزن حوالي 9 كجم. ومن (3- 5) سنوات يصل معدل الولد في سن الخامسة (111) سنتميتراً تقريباً، أما الوزن فيكون 19 كجم طول (سوسن شاكر، 2009،107-111).

وفي مرحلة الطفولة المتأخرة يشهد الطول زيادة 5٪ في السنة، وفي نهاية المرحلة تلاحظ طفرة في نمو الطول، ويشهد الوزن زيادة 10٪ في السنة (كريمان بدير، 2007،157).

أما في مرحلة المراهقة فيكون النمو الطولي، وتبلغ سرعته أقصاها عند البنين فيما بين 13.5 -14.5 سنة، وعند البنات فيما بين 10.5-14 سنة، ويسرع النمو بالذراعين قبل الرجلين، ويرتبط النمو الوزني من قريب بتراكم الدهن في الأماكن المختلفة من الجسم، ومن بعيد بالنمو العضلي. وتبلغ سرعة النمو الوزني أقصاها عند البنات فيما بين 11.5 – 14.5 سنة ثم تقترب من نهايتها في سن 16 سنة وتستمر في الزيادة الهادئة حتى الرشد (فؤاد البهي السيد، 1997، 279).

وتنمو العضلات وتشتد، وتنمو الدهون بنسبة أكبر لدى الإناث خاصة. كما ينمو الهيكل العظمي بصورة عامة وخاصة الأطراف، وعظام الحوض لدى الإناث والمناكب لدى الذكور، وتستطيل العظام وتتصلب، وتحدث تغيرات جنسية وجسمية مصاحبة للمراهقة.

2. الأسنان

تبدأ عملية التسنين من الشهر الثالث بعد الولادة (حيث تبدأ الأسنان تتشكل في الفك) وتستمر في النمو، ونوع ووقت بروز الأسنان اللبنية مابين ستة الى ثمانية شهور تظهر القواطع المركزية، وما بين الشهر السابع والتاسع تظهر القواطع الجانبية، وما بين 16 الى 18 شهراً تظهر الأنياب، وما بين 14 و15 شهراً تظهر الأضراس الأولى، وما بين 20 الى 24 شهراً تظهر الأضراس الثانية(عبد الكريم قاسم، 2004، 186).

وتعرف أسنان المرحلة الأولى بالأسنان اللبنية المؤقتة، ويصاحب ظهورها تغيرات وآلام يشعر بها الطفل. وخلال مرحلة الطفولة المبكرة يكتمل نمو الأسنان

فيصبح الطفل مهيئاً بدرجة كافية لتناول طعام الراشدين، وفي نهاية هذه المرحلة (أي حوالي السادسة) تبدأ الأسنان اللبنية بالسقوط (سوسن شاكر، 2009، 110- 113).

وفي مرحلة الطفولة المتأخرة يتتابع ظهور الأسنان الدائمة (تظهر في السنوات من 10-12 ثمانية أضراس أمامية أولى تحل محل الأضراس المؤقتة، وتظهر كذلك أربعة أنياب تحل محل الأنياب المؤقتة (كريمان بدير، 2007، 157).

تطور الطول والوزن والأسنان لدى الأطفال التوحديين

تتراوح فترة الحمل من 35 إلى 36 أسبوعاً، وتحدث الولادة غالباً في الأسبوع 36 .(Butterwarth et al., 1991)

يبلغ وزن الرضيع التوحدي عند الولادة 6 أرطال، ويصرخ بطريقة تلقائية، ويكون تنفسه طبيعياً، بعد ذلك بفترة يصاب الطفل باليرقان الذي ينتهي مع العلاج المنزلي، ويبدأ الطفل في الرضاعة، وتعتقد الأمهات فيما بعد بأن الطفل لن يعود الى الرضاعة الطبيعية، ويذكر أن هناك تذبذبا مميزا في النبرة الصوتية للطفل، وتكون هناك حساسية زائدة لديه، وفي الأيام الأخرى نسبياً يكون الطفل خاملاً وغير نشط.

في الشهر الأول من العمر تكون حركة العضلة منخفضة في منطقة الوجة. وتظهر صعوبات في التآزر البصري الحركي. وفي الشهرين ونصف: بسبب صعوبات الرضاعة تلجأ الأم الى التشخيص الطبي حيث يكون الطفل التوحدي لديه انتباه بصري جيد، ولديه استثارة متزايدة، ولكن لديه اتصال جيد بالعين، على الرغم من أنه أحياناً يحول بصره من صوت الضوضاء حوله، والطفل التوحدي في هذه الفترة الزمنية من نموه يكون اجتماعياً مستجيبا، يبتسم، ولكنه لا يضحك. وهو يكون محبوبا، ويستطيع الوصول إلى الأشياء ويلتقطها، ولديه صعوبات حسية حركية بسيطة، ويصاب بالارتجاف، وتكون نوعية الحركات لديه فقيرة (اليسرى أكثر من اليمني) وحساسية زائدة خفيفة لاسيما للمدخلات اللمسية، والقدرة على التنظيم تكون متدنية.

وفي عمر أربعة شهور تكون لدى الطفل التوحدي حساسية مفرطة، وهو يتلفظ أثناء اللعب ويستجيب للتفاعل الاجتماعي من الراشدين من خلال الابتسامات

والهديل، وهناك استمرار في القلق، والصراخ، ورفض التغذية (Dawson et al., 2000, 301).

وفي عمر ستة أشهر لا توجد دلائل على وجود الذاكرة المباشرة للأحداث، والذاكرة العاملة، ولكن يبدي شذوذاً في إدراك الكلام الصادر من الآخرين.

أما في عمر تسعة أشهر: هناك تحكم في استخدام الفم وفي التغذية، لكن الصعوبات الحسية الحركية تبقى، وتظهر حساسية عالية للاقتراب من الضوضاء العالية، والاتصال اللمسي والزحف ومحاولة سحب الأشياء والوقوف، ويبدأ بسرعة في المشي بينما هو ممسك بالحائط أو الأثاث، وعندما يبدأ في الوقوف نجده يقف على أطراف أصابعه. وعندما يجلس يهز ظهره أو يحرك ظهره، وضرب الرأس يكون ملاحظاً أحياناً، وهو يقظ واع ببيئته، وهو غير مرتبط بأية ألعاب خيالية، والاستجابات اللفظية تكون ملاحظة، وهناك بدء للأصوات الحلقية وهي قليلة، ويكون نشطا ومشغولا باكتشاف الأشياء من حوله مع انتباه نسبي قصير، وتوجهه يكون قلقا. وينام الطفل حوالي 8 أو 9 ساعات خلال 24 ساعة. وهو من الصعب أن يبدأ النوم، ويستيقظ أثناء الليل مرات عدة، وفقط يغفو 45 دقيقة في النهار (Dawson et al., 2000, 302).

وفي عمر 13 شهراً: يكون الطفل التوحدي اجتماعياً، والاتصال بالعينين يكون متدنيا أثناء السنة الأولى، وهناك عدم اتساق أو انسجام في الاستجابة للأحداث ترجع الى الحساسية السمعية الخارجية الطبيعية في كلتي أذنيه مع عدم وجود دليل على شذوذ فيهما. وهو يستغرق وقتا ممتدا في اللعب، ويلقي الكرة ويستجيب للعبة المشدودة في الحبل(Dawson et al., 2000, 302).

ويكون طول الجسم طبيعياً عند الأطفال التوحديين (Courchesne et al., 2003) إلا أن نتائج دراسة توري وآخرين (Torrey et al., 2004) تشير الى نمو سريع لطول الجسم عند 4 شهور، وتشير نتائج دراسة (Dissanake et al., 2006) الى نمو سريع في الفترة ما بين 2-3 سنوات.

وبالنسبة الى طول القامة وخاصة من عمر سنتين الى 7 سنوات يكـون الأطفـال التوحديون أقصر طولاً من أقرانهم المساوين لهم في العمـر وغـير المـصابين بالتوحـد، كذلك نجد اختلافاً عن الطبيعي من حيث خصائص الجلد وبـصمات الأصـابع، الـتي تنتشر بين أطفال التوحد أكثر منها بين بقية أفراد المجتمع العـام، ممـا يـشير الى خلـل أو اضطراب في نمو طبقة الجلد المغطية للجسم (عثمان فراج، 2002، 53).

والتطور في نمو الأسنان لدى التوحديين في مجملـه لا يختلـف كـثيراً عمـا وُجـد لدى الأطفال العاديين.

أما بالنسبة للتغيرات الجسمية المصاحبة لسن البلوغ بالنسبة الى التوحديين فهـي كذلك لا تختلف في مجملها عما يحدث لدى الأشـخاص العـاديين، إلا أن التوحـديين على فهم الجوانب الجنسية تكاد تكون معدومة، ممـا يجعلـهم عرضـة للاسـتغلال مـن غيرهم من ضعاف النفوس (فهد المغلوث، 1423، 111).

ومـستوى النـشاط البـدني للمـراهقين التوحـديين يـنخفض في مرحلـة المراهقة(Allison &Adlaf، 1997) ويستمر في الانخفاض في مرحلة الرشـد (Kelder et al., 1994).

وتجلب المراهقة المبكرة مشكلات معينة بالنسبة للتوحدي لاسيما ما يتوقـع منـه من روح المبادرة والإحساس بالمسئولية علاوة على البعد ذي الـصلة بـالجنس. ويبلـغ العديد من التوحديين الحلم في سن متأخرة ومع ذلك فإنهم قد لا يشعرون بالانجذاب الجنسي، غير أن غالبية التوحديين الأكثر قدرة لديهم مشاعر جنسية.

والجنس يكون مصدراً للمتعة والسرور، وكذلك سببا للمـشكلات والإحبـاط، فالإكلينيكيون الذين يعملون في هـذا الميـدان (التوحـد) بتكـرار يـسألون مـن خـلال المؤسسات والآباء النصيحة للأطفال التوحديين من ذوي الأداء الوظيفي المرتفع.

نمو الرغبة الجنسية وظهور حالة الاستمناء عند الأولاد التوحديون ممـا يـدفعهم الى ممارستها دون إدراك لعادات المجتمع وقوانينه أمام النـاس في المكـان العـام، كـذلك يظهر لديهم الميل الى الجنس بمظهر غير ناضج، فيكون لـديهم فـضول طفـولي متعلـق بالأجساد، وقد يبادر أحدهم بسذاجة وبراءة الى خلع ملابـس الأطفـال الآخـرين، أو

التفوه بكلمات ذات دلالة جنسية محرجة بالنسبة الى الوالدين، أما الفتيات المتوحدات فإن عملية الحيض والعادة الشهرية غالباً ما تبدأ لديهن خلال الوقت الزمني نفسه الذي تبدأ فيه عند الفتيات الطبيعيات (رائد خليل، 2006، 130، فهد المغلوث، 1423، 108).

تحتاج بداية الحيض لدى الفتيات التوحديات الى التكيف مع أوضاع جديدة، والفتيات التوحديات بشكل عام يقبلن هذه التغيرات بسهولة إذا رافقتها تعليمات مناسبة، وكما هو الحال لدى كثير من النساء، والحيض يتسبب في تغيرات تؤدي الى تغيرات عاطفية، وتتجه النساء أثناء تلك الفترة نحو مزيد من الحساسية والانفعال.

وتشير نتائج دراسة فان بورجِدين (Van Bourgondien et al., 1997) الى أن الأشخاص التوحديين يظهرون اهتمامات جنسية واسعة المدى، والاحتياجات الجنسية يعبر عنها من خلال الاستمناء والذي يحدث أحياناً في وجود الناس الآخرين. والاستمناء أو العادة السرية الزائدة أو المفرطة ترجع الى العجز عن الوصول الى الشبقية، والمبادأة بالاتصال الجنسي غير المرغوب.

وانتهت نتائج دراسة هلمين وكوزن (Helleman& Colson, 2007,260) الى أن العديد من التوحديين يبحثون عن الاتصال البدني مع الآخرين، فنصف العينة البالغ عددها (24) يخبرون علاقات جنسية، وأبدى ثلاثة منهم حدوث جماع جنسي. كما أنهم مخنثون.

وفي الغالب هناك عدم انسجام مؤكد تتضح معالمه في الضعف أو النضج المبكر أو الانحراف، وهذا في الغالب يرجع الى جوانب الحياة الانفعالية لهؤلاء الأفراد. وكمثال على ذلك فالحساسية الزائدة أو تبلد المشاعر الصارخ تتصارع كل منها مع الأخرى (Frith،1989-A، 80).

ولا يحقق التوحديون الشديدو الإعاقة ما يكفي من أهلية اجتماعية تجعلهم عرضة لمخاطر جنسية، وبالتالي يكونون أقل ميلاً للجنس بالمقارنة مع التوحديين الأكثر قدرة، ومن المفارقات أن هذا قد يفضي بالتوحديين الأكثر قدرة الى الإصابة

بالاضطراب العاطفي بالمقارنة مع التوحديين الأقل قدرة (سعد رياض، 2008، 51، 62-63).

3. تطور المخ

على الرغم من أن الطفل الرضيع يولد وهو مزود بالعدد الكامل من الخلايا العصبية المكونة للمخ والجهاز العصبي، غير أنه بعد الميلاد يحدث تزايد في حجم تلك الخلايا مما يؤدي الى زيادة حجم وزن المخ، وفي خلال الأسبوعين الأولين من الحمل تبدأ الأجزاء الرئيسية في الجهاز العصبي في التكوين، وهي الخاصة بمنطقة المخ الأمامي والمخ الأوسط والمخ الخلفي، وعند الميلاد يصل وزن المخ حوالي 320 جراماً، أي ما يمثل حوالي ¼ وزن المخ في فترة الرشد، وبعد الميلاد يزداد وزن المخ سريعاً حتى يصل في العام الثالث الى حوالي 200٪ من وزنه عند الميلاد، ويصل وزن المخ في سن العاشرة من العمر حوالي 95٪ من وزنه عند الرشد (سوسن شاكر، 2009،117-118).

نمو المخ لدى الأطفال التوحديين

أشارت نتائج دراسة (Courchesne، et al., 2003) الى كبر حجم الدماغ بنسبة 53٪ لعينة مكونه من 48 طفلا رضيعا توحديا. وكان محيط الرأس عند الولادة أصغر من العادي، ونمو الرأس كان أسرع في السنة الأولى من الحياة.

وأسفرت نتائج دراسة توري وآخرين (Torrey et al., 2004) عن كبر حجم الدماغ بنسبة 13.3٪ عند الولادة لعينة مكونة من (15) طفلا رضيعا تراوحت أعمارهم ما بين 6-14 شهراً. وكان متوسط محيط الرأس عند الولادة عاديا، ونمو محيط الرأس كان طبيعياً.

وأشارت نتائج دراسة دومونيتيفا وآخرين (Dementieva et al. 2005) الى أن النسبة بلغت 5٪ لعينة مكونة من 42 طفلا توحديا عند الميلاد، وتراوحت أعمارهم الزمنية مابين شهر الى شهرين. وكانت النسبة 12٪ في الفترة ما بين 2-4 شهور، وكانت النسبة 18٪ للفترة العمرية ما بين 6- 14 شهراً، أما محيط الرأس فكان طبيعيا، ونمو محيط الرأس كان نمواً سريعاً في العام الأول.

وهناك زيادة مقررة بنسبة 2٪ في حجم محيط الرأس في الأطفال التوحديين في الفترة الممتدة من 15-28 شهراً، وتشير الى أن حجم محيط الرأس الشاذ يكون ملاحظا في المرحلة ما بين 6-28 شهراً Couchesne، et al., 2003; Dawson et al., 2007 .

وتبلغ نسبة كبر حجم الدماغ في الأطفال التوحديين عند الميلاد حوالي 7٪ وهي أعلي من القيمة المتوقعة 3٪ (Lainhart et al., 1997).

وتشير التقارير الى زيادة حجم المخ لدى الأطفال التوحديين، وزيادة في محيط الرأس، وزيادة في وزن المخ. وشذوذ في توسيع القشرة الدماغية، وفي المادة البيضاء المخية في المرحلة العمرية من 2-3 سنوات (Carper et al., 2002; Hazlett et al., 2005، Fidler et al., 2000; Kemper &Bauman 1993).

وتعزى الزيادة في محيط الرأس الى النمو العام المتزايد، والى الشذوذ في عمليات البناء (الأيض) أو الى مستويات الهرمون (Torrey et al., 2004).

4. تطور الحواس

نتناول فيما يلي الحواس التالية: البصر، والسمع، واللمس والشم والتذوق.

1. الإبصار

تتكون العين من:

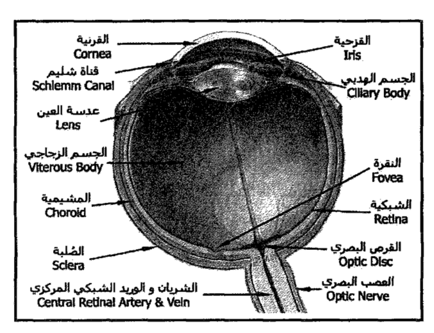
أ. **القرنية (Cornea)**: وتمثل الجزء الأمامي من العين الذي يغطي ويحمي القزحية، وبؤبؤ العين، وتسمح للأشعة البصرية للدخول الى الحجرة الأمامية للعين، وحمايتها من العدوى.

ب. **القزحية (Iris)**: وتمثل الجزء الملون من العين، وتعمل على توسيع وتضييق بؤبؤ العين حسب كمية الضوء الساقط عليها.

ج. **العدسة (Lens)**: وتمثل ذلك الجزء من العين الذي يستقبل الأشعة الضوئية من القزحية، وتعمل على تجميع الأشعة الضوئية وتركيزها على الشبكية (فاروق الروسان، 1996، 113-114).

د. **الشبكية (Retina)**: هي السطح الداخلي الخلفي المبطن لكرة العين من الداخل، ووظيفتها أشبه ما تكون بوظيفة الفيلم الحساس (النيجاتيف) في آلة التصوير،

بيد أن صورة الجسم المرئي لا تنطبع عليها أو تلتصق بها، وإنما سرعان ما ترتد في الاتجاه المعاكس، ولذا نحن نري صوراً بصرية مستمرة ومتلاحقة (عبد المطلب القريطي، 2001، 373). والشكل التالي يوضح أجزاء العين:



تطور الإبصار

يولد الطفل وجهاز الإبصار عنده غير مكتمل النمو، على الرغم من أن الميكانزمات العصبية الرئيسة تبدأ في الظهور في الأسبوع الثالث من المراحل الجنينية، ويمكن أن نتأكد من وجود الإحساس البصري عند الطفل الوليد من خلال الانعكاس الحدقي، أي انقباض حدقة العين استجابة لزيادة الضوء واتساعها استجابة لنقص الضوء، وحركات المتابعة البصرية حيث يمكن أن يتبع ضوءاً متحركاً أمامه وعمره ساعتان، والتآزر والتجميع البصري حيث تكون حركة مقلتي العينين سوية يميناً أو شمالاً، وتثبيت العينين على شيء واحد بعد ساعات من الولادة (سوسن شاكر، 2009، 101-102).

ويبدأ الطفل الرضيع بالتحديق الى مثير أمامه كالوجه وتكون الصورة غير واضحة له، يتبع الشيء ولكنه يضيعه غالباً. وفي الشهر الثالث: يستطيع الطفل الرضيع إدراك الألوان العادية، ولكن التمييز يكون صعباً (حامد زهران، 1977، 134).

وفي الشهر الرابع: يمكنه إلقاء التحية على الآخرين باستخدام يديه، ويستطيع تعقب ومتابعة حركة دائرية. أما في الشهر الخامس: فالطفل الرضيع يبتسم لصورته في المرآة.

وفي الشهر السادس: يمكنه الانتقال من رؤية شيء ما الى شيء آخر (Kershman، 1981، 77).

من الشهر السابع حتى التاسع: يمكنه التمييز بين شخص مألوف وأخر غير مألوف، عند رؤية شيء ما يمد يده لالتقاطه، يبحث عن الأشياء التي تتدحرج بعيداً عنه، يستطيع أن يرى الأجسام الدقيقة كالدبابيس ويلتقطها.

من الشهر التاسع الى الشهر الثاني عشر: يستمر في إظهار الاهتمام بالوجوه، ويستطيع أن يحدد الوجوه المألوفة والغريبة، ينظر الى ما يحيط به بينما هو يزحف، يراقب باهتمام الأشياء المدللة والأشياء التي تسقط (Decker، 1988، 130).

من الشهر الثالث عشر الى الشهر الثامن عشر: يركز العينين على جسم بعيد، يمكنه أن يجد شيئاً من كومة أشياء، يمكنه العثور على شيء مغطى، ينظر الى الأشياء في الكتب المصورة (محمد علي كامل، 2003، 34-35).

وفي مرحلة الطفولة المتأخرة يزول طول البصر، ويستطيع الطفل ممارسة الأشياء القريبة من بصره (قراءة أو عملاً يدوياً) بدقة أكثر ولمدة أطول من ذي قبل وتتحسن الحاسة العضلية باطراد حتى سن 12 سنة، وهذا عامل مهم من عوامل المهارة اليدوية (كريمان بدير، 2007، 159).

تطور الإبصار لدى الأطفال التوحديين

يصاب الأطفال التوحديون بمشكلات بصرية نتيجة لأعراض مرضية أثرت على العينين، أو على الأعصاب المتصلة من العينين بالمخ، أو على أجزاء المخ التي تستقبل الرسائل الحسية من العينين، وفي بعض الأحيان، وبالاعتماد على سبب المشكلة البصرية وطبيعتها، قد نجد أطفالاً مصابين بمشكلات بصرية، ولديهم حركات بالأيدي، وميول للقفز والدوران المستمر، تماماً كالتي نجدها في سلوكيات الأطفال التوحديين، كما قد تكون الأمور الروتينية مهمة جداً لديهم ويصبح تحريك أي شيء

من مكانه المعتاد في المنزل أمراً باعثاً للتعاسة والحزن، وقد يخيل للرائي أنهم ينظرون الى ما وراء الأشخاص القريبين منهم أو من خلالهم، كما أن سلوكهم الاجتماعي يشكل مشكلة عويصة لمن حولهم (فهد المغلوث، 1423، 65).

ومجال الرؤية لديهم يكون إما عاليا أو مشوشاً، وهؤلاء الأطفال يميلون الى عدم النظر بصورة مباشرة الى الأشياء، ولا يقومون بأي اتصال بصري مع شخص آخر، وهم يتجهون لالتقاط الأشياء بدون النظر إليها جيداً، وهم ينبهرون بالأضواء والانعكاسات ومتابعة الأشياء اللولبية الدوارة، وأحياناً تجد بعضهم يميل الى ألوان معينة أو العاب محددة، ولا تجذب انتباهه الأشياء الأخرى (سعد رياض، 2008، 19).

وانتهت نتائج دراسة سويتنهام وآخرين (Swettenham et al., 1998) الى أن الأطفال التوحديين يقضون زمنا أقل في التطلع الى وجوه الناس الآخرين مقارنة بالمجموعات الأخرى، ووقتا أطول متكررا في النظر الى الأشياء، والاستجابات البصرية لديهم تكون متمايزة ومختلفة عن أقرانهم العاديين.

تطور الحواس لدى الأطفال التوحديين

الاضطرابات الحسية لدى الأطفال التوحديين تكون الأكثر شيوعاً أثناء مرحلة الطفولة المبكرة مقارنة مع مرحلة الرشد (Baranek et al., 1997-A). وتتراوح هذه الاضطرابات الحسية ما بين 53٪ الى 95٪(Szatmari et al., Ornitz et al., 1977).

وتشير نتائج دراسة كينز ودن(Kientz &Dunn، 1997) الى وجود قصور حسي في 50٪ من العينة البالغ عددهم 64 طفلاً توحدياً تراوحت أعمارهم ما بين 3 الى 10 سنوات.

وأشارت نتائج دراسة روجرز وآخرين (Rogers et al., 2003) الى أن الأطفال التوحديين البالغ عددهم 87 طفلاً بلغت أعمارهم 31 شهراً لديهم قصور حسي كبير.

ويشير روجرز أوزنوف (Rogers &Ozonoff، 2005) الى أن الاضطرابات الحسية تكون أكثر تكراراً بين الأطفال التوحديين مقارنة بأقرانهم العاديين، ولكنها

ليست بالضرورة تميز هؤلاء الأطفال التوحديين عن أقرانهم من ذوي الاحتياجات الخاصة.

وحواس الطفل التوحدي غير قادرة على الاستجابة للمثيرات الخارجية بل وتصل في بعض الأوقات الى حد العجز التام عن تلقي ما يثيرها مما يؤدي الى عدم ظهور أية استجابة.

2. السمع

يمكن تناول تطور السمع على النحو التالي:

عند الولادة يكون جهاز السمع تام النمو، ومع ذلك تكون المراكز السمعية باللحاء غير تامة النضج بعد، وفي الأسبوعين الأوليين، تكون العتبة الفارقة للإحساس السمعي عالية (محمد عماد، 1986، 46).

في الشهر الأول: يهدأ أو يصمت عندما يدق الجرس.

الشهر الثاني: يتقبل الأصوات العالية كجزء من بيئته، وتؤدي المثيرات السمعية العالية عند الوليد الى حركات بدنية أكثر، وإغلاق الجفنين بدرجة أكبر، وزيادة في سرعة دقات القلب، وتغير في معدلات التنفس. كما أن الطفل يستجيب للتغير في شدة الأصوات ومدتها وليس للتغير في حدتها أو نغمتها (سوسن شاكر، 2009، 102).

الشهر الثالث: يدور برأسه وعينية في اتجاه مصدر الصوت (Kershman، 1981، 81).

الشهر الرابع: يدرك الفرق بين الأصوات المتباينة.

الشهر الخامس: يستطيع الرضيع تحديد مصدر الصوت (حامد زهران، 1977، 134).

من الشهر السادس: حتى بداية الشهر التاسع: يسمع الضوضاء المنبعثة من أدوات اللعب المختلفة، يستمتع بسماع الأغاني ويحاول أن يغني.

من الشهر التاسع: حتى الشهر الثاني عشر: يقلد الأصوات، يستمتع بسماع صوته، يعمل أصواتاً لبعض الحيوانات، يعرف معاني العديد من الكلمات، ويحاول أن يستجيب لها (Decker 130 ، 1988،).

وفي مرحلة الطفولة المتأخرة: تزداد دقة السمع، ويميز الطفل الأنغام الموسيقية بدقة، ويتطور ذلك من اللحن البسيط الى المعقد (كريمان بدير، 2007،159).

تطور السمع لدى الأطفال التوحديين

تُعد المشكلات السمعية احدى المشكلات الصحية التي يعاني منها الشخص التوحدي، فالكثير من التوحديين يعانون من مشاكل في الأذن (فهد المغلوث، 1423،42).

وفي هذا الصدد أبانت نتائج دراسات كَبل وآخرين، ولكر (Campbell et al., 1978 ; Walker ،1997) عن وجود شذوذات بسيطة في آذان الأطفال التوحديين.

وأسفرت نتائج دراسة بَرنيك وآخرين (Baranek et al., 1997-B) عن وجود قصور في السمع بلغت نسبته في الأطفال التوحديين 30٪، وبلغت نسبته في الراشدين التوحديين 11٪.

وتبلغ معدلات انتشار الفقدان السمعي للتوحديين الشديد والعميق 3.5٪ مقابل 1-2٪ للعاديين(Rosenhall et al. 1999).

ويوجد عدد قليل جداً من التوحديين حتى هؤلاء الذين أصيبوا بالحصبة الألمانية في مرحلة النمو الجيني يعانون من فقدان سمعي شديد (Chess ،1977) .

وهناك من يعاني منهم من الحساسية السمعية التي قد تفقدهم القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين فقد يغطي أذنه كما لو كانت أصوات معينة تضايقه، وقد يتجاهل تماماً الأصوات المفاجئة ولا يستجيب لها (فهد المغلوث، 1423، 66)، ولكنه قد يظهر اهتماماً بالغاً ببعض الأصوات: مثل المكانس الكهربائية – عربات الإطفاء – الساعات (Frith &Baron Cohen, 1987).

وهناك بعض الأطفال التوحديون من يحبون سماع الأذان لدرجة أنهم يديرون قنوات التلفاز المختلفة لتكرار سماع صوت الأذان، وعلى العكس تماماً عندما يسمع بعض الأطفال الآخرين صوت أذان فإنهم يضعون أصابعهم على آذانهم ويصرخون وهم في حالة توتر وهياج لسماع صوت الميكروفون.

3. تطور اللمس Tactile Development

يتوقع الأطفال أن تكون الأشياء أو الأجسام ملموسة أي مادية محسوسة وحقيقية أي لها وجود فعلي، ومن الملاحظ أن كل الأطفال حديثي الولادة يلمسون أشياء حقيقية ويقبضون عليها دون أن تبدو عليهم أية إشارة تدل على الانزعاج، إلا أنهم قد يقبضون على الهواء حينما لا تكون هناك أية أجسام مرئية، وحينما تمتد يد الطفل إلى مثل هذا الجسم، ولا يستطيع لمسه فإنه يبدأ في الصراخ (تيرنر، 1992، 70).

تطور اللمس لدى الأطفال التوحديين

يستكشف الأطفال التوحديون البيئة المحيطة بهم من خلال حواس اللمس والتذوق والشم، بشكل أكبر من أقرانهم الأسوياء (إبراهيم الزريقات،2004، 167).

ويعاني بعض هؤلاء الأطفال من قصور في اللمس وهذا ما كشفت عنه نتائج دراسة بَرنيك وآخرين (Baranek et al., 1997-B) حيث وجد قصور في اللمس بلغت نسبته 8٪ لدى الأطفال التوحديين، وبلغت لدى الراشدين التوحديين 7٪.

وكثير من الأطفال المصابين بالتوحد لديهم فشل وعدم القدرة على استعمال كلتي اليدين Ambidextrous في عمر معين عندما تكون السيطرة الدماغية قد تأسست لدى الأطفال الأسوياء، مع حدوث عال لأمور غير عادية كما في بصمات الجلد Dermatoglyphics كالأصابع بخلاف الناس الأسوياء، وهذا يبين اضطراباً في النمو (حسن مصطفى، السيد عبد الحميد، 2007، 404-405).

وهم يألفون لمس الخشب الناعم، والبلاستيك، ويمكنهم أن يتعرفوا على الآخرين بهذه الحواس، وقد يألفون شم يد والديهم، وقد يحبون اللعب العنيف الذي يكون عادة به ملامسة جسدية بالرغم من أنهم قد ينفرون من لمسة خفيفة أو شمة من أحد (سميرة السعدي،2001).

وعادة ما يكون الأطفال ذوي حاسة لمس قوية وزائدة. لاسيما عندما يتم لمسهم من قبل أشخاص غير مألوفين لهم (Talay- Ongan &Wood)،2000) .

وقد نجد بعض هؤلاء الأطفال التوحديين من يعبر عن تعاطفه مع أمه وتبادل حبه لها بأن يحك ويلمس ذقنه لشعر أمه لعدة مرات عندما يحس بالسعادة.

وقد نجد أن العديد من الأشياء تسبب نوعاً من الألم أو المتعة للطفل عند لمسها، وقد نجد نفس الطفل يستمتع بالشعور بالضغط على بعض الأشياء والشعور الناتج عن هذا الضغط، وهذه الحساسية للمس قد تعوق مثل هؤلاء الأطفال من تعلم الكثير من المهارات اليدوية (سعد رياض، 2008،19).

وبعض هؤلاء الأطفال قد لا يشعرون بالألم وهذا يؤدي الى أنهم يؤذون أنفسهم من خلال العض، أو شد الشعر، أو ضرب الرأس دون أن يبكوا أو يشعروا بالألم (فهد المغلوث، 1423، 42).

4. تطور التذوق والشم

حاسة الذوق تكون ضعيفة عند المواليد الجدد إذ لا تختلف استجابتهم لمحاليل الملح والسكر وحامض الليمون والكنين، والماء المقطر حينما توضع هذه المحاليل على ألسنتهم (سوسن شاكر، 2009،103).

والذوق حاسة كيمائية، لأنها تعتمد في جوهرها على تفاعل المواد المختلفة مع البراعم المنتشرة على غشاء اللسان. هذا ويخضع المذاق لنمو الطفل. فالمواليد لا يميزون بوضوح بين الأنواع الرئيسية للأطعمة. ثم تتطور حاسة الذوق سريعاً فيزداد إقبال المولود على الأشياء الحلوة. ويزداد عزوفه عن المر والحامض، وذلك تبعاً لنمو ونضج البراعم الذوقية (فؤاد البهي السيد، 1997، 130).

إن الإحساس بالروائح يكون نامياً الى حد ما بعد أيام قليلة من الولادة، فقد لوحظ أن الطفل الرضيع يستجيب استجابات متفاوتة من الروائح السارة والروائح غير السارة حيث يقوم بالامتصاص استجابة للروائح السارة، ويتقزز ويميل بوجهه بعيداً عن الروائح غير السارة، ومع ذلك فإن هذه الفروقات تكون طفيفة ومتغيرة الى حد كبير، كما أن الطفل حديث الولادة يظهر تمييزاً أقل بين الروائح الضعيفة (سوسن شاكر، 2009، 103).

تطور التذوق والشم لدى الأطفال التوحديين

العديد من الأطفال التوحديين قد يستجيبون بشدة للطعم (التذوق) والروائح، وقد لا يبدو عليهم الوعي بطعم العديد من الأشياء أو الأكلات أو الروائح في بيئاتهم (سعد رياض، 2008،19).

لقد حدد سكوبلر(Schopler ,1965)، السلوكيات الحسية مقترحاً أن هؤلاء التوحديين يعتمدون على مستقبلات فارقة، والتذوق والشم يكونان مستقبلات قريبة للطفل التوحدي، والتي ترى بطريقة أولية متوائمة مع المستقبلات الأخرى القريبة مثل اللمس، وهناك المستقبلات الأخرى المسماة المستقبلات القصوى والتي تمثل الرؤية والسمع، وطبقاً لسكوبلر فإن النمو المثالي يتضمن التحول من تفضيلات المستقبلات القريبة أثناء 6 شهور من العمر، والاعتماد الكبير على استخدام المستقبلات القصوى أو المسافة، وهذه المستقبلات تلعب دوراً حيوياً في التفاعل الاجتماعي.

5. النمو الحركي Motor development

إن النمو الحركي يقصد به التغيرات التدريجية التي تطرأ على جانب الاستجابات العضلية والحركية التي تعكس التفاعل بين الكائن الحي الآخذ في النمو وبين بيئته بما تتضمنه من مثيرات (عادل عبد الله، 1999، 23).

ويتضمن الجهاز الحركي ما يلي:

1. **نمو الحركات الكبيرةGross Motor DevelopmentZ** : يشير هذا الجانب الى الأفعال المنعكسة، والتغيرات التي تطرأ على عملية الوقوف أو الجلوس والحركات الجسمية الكلية الأخرى.
2. **نمو الحركات الدقيقة Fine Motor Development**: يشير هذا الجانب الى تتابع الوصول الى الأشياء أو الموضوعات وإدراكها ومعالجتها يدوياً، والتعامل مع الألغاز والمكعبات Cubes ورسم الموضوعات، حيث تستخدم الأيدي والأصابع في أداء هذه المهام الدقيقة.

تطور الحركات الكبيرة والدقيقة (النمو الحركي)

النمو الحركي في مرحلة الرضاعة.

العمر بالأشهر.

1. وضع الوليد (انبطاح على الأرض).
2. يرفع رأسه ويديرها.
3. يرفع صدره.

4. يصل بيديه الى الشيء ولكن لا يلمسه، و. ، بقدميه.
5. يجلس بمساعدة الغير.
6. يجلس بدون سند، ويمسك، ويلتقط، وينقل الأشياء.
7. يجلس على كرسي وحده ويمد يده ليمسك الأشياء، ويضع معظم ما تصل إليه يده في فمه (حامد زهران، 1977، 130).
8. الاستدارة على الأرض في وضع الجلوس.
9. الوقوف بمساعدة.
10. الوقوف عندما يسحب من وضع الجلوس.
11. المشي بخطوات متكئاً على مسند.
12. الوقوف بدون مساعدة.
13. المشي بدون مساعدة (سوسن شاكر، 2009،136).
14. يستطيع نزول السلالم ممسكاً بيد واحدة، يمشي بسرعة.
15. يحمل أشياء كبيرة الحجم أثناء مشيه، ويمكنه القفز فوق الأثاث، وأثناء مشيه يمكنه دفع اللعبة.
16. يَتمكن من صعود الدرج بمفرده، ويهبط منه مرة أخرى بظهره.
17. عندما يمشي يعمل دوراناً بسيطاً قصيراً، مع حدوث وقفات فجائية.
18. يجري جيداً بدون سقوط، يركل الكرة بدون فقدان للتوازن، القفز برجل واحدة، المشي على الكعب، والمشي على أصابع القدم (Kershman،1981 ،71-72).

ويستخدم الأطفال العاديون في مرحلة الطفولة المبكرة مهارات حركية للكشف عن البيئة، والارتباط بالألعاب البدنية، وتفاعلات المبادأة الاجتماعية، ونمو للمهارات الأكاديمية الأساسية، (National Research Council 2000، 2001 ; Gibson).

النمو الحركي في مرحلة الطفولة الوسطى

1. يحب الطفل العمل اليدوي، ويحب تركيب الأشياء وامتلاك ما تقع عليه يداه.

2. يلاحظ عليهم النشاط الزائد وتعلم المهارات الجسمية الحركية اللازمة للألعاب.
3. تنسق الحركة وتختفي الحركات الزائدة غير المطلوبة، ويزيد التآزر الحركي بين العينين واليدين.
4. يزداد رسم الطفل وضوحاً، فهو يستطيع أن يرسم رجلاً ومنزلاً وشجرة وما شابه (كريمان بدير، 2007،137).

النمو الحركي في الطفولة المتأخرة

1. تتميز هذه المرحلة بإعادة تنظيم نمط ترتيب القدمين أثناء الرمي تماماً كما يفعل المحترفون في هذا المجال. ويصل الأطفال الى هذا النوع من الرمي بعد سن السابعة من العمر في العادة (شفيق فلاح، 2004،130).
2. نمو العضلات الكبيرة والصغيرة التي تسمح بتنظيم الحركات، كفاءة الأجهزة العصبية الحسية ذلك أن كثيراً من المهارات الحركية تحتاج الى تآزر بين العين واليد، ويبدو النشاط الحركي في هذه المرحلة واضحاً في القفز والجري وركوب الدراجات واللعب (محمود عطا ، 1419، 200).

تطور النمو الحركي لدى الأطفال التوحديين

فيما يلي نشير الى دراسة حالة للطفل التوحدي تبين اضطراب النمو الحركي:

ولد كارول عام 1974، وكان ترتيبه الثاني، وعند الولادة بلغ وزنه 7 أرطال، ولم تكتمل مدة حمله لذلك أُجريت للأم عملية قيصرية. تشير تقارير والداي الطفل الى نمو طبيعي له في مراحل نموه المبكرة، فهو ينام ويأكل جيداً، ولم يصب بأمراض سوى إصابته بنزلة برد في عمر 14 شهراً، ونظراً لما أبداه الطفل من تأخر عن أخته، فقد أصيب والداه بنوع من التوتر والقلق على حالته فهو متأخر في الجلوس بمفرده أو في الحبو، وقصور في نموه الحركي، فهو يحبو طبيعياً لعدة أيام ولا يحبو على الإطلاق لبعض الوقت.على الرغم من أنه يصدر أصواتاً دالة على المناغاة، هو لم يطور أي كلام ولا يعتقد أنه يفهم أي شيء يصدر إليه من والديه، فعندما يصدر إليه بعض الأوامر البسيطة مثل احضر الكرة، تعال، هل تريد بسكويتا؟ فهو لا يستجيب لهذه الأوامر. لقد اعتقد والداه أن الطفل أصم.وكان أحياناً يبدي نوبات غضب أثناء احد

المواقف، حيث الصيحات والصراخ وإلقاء نفسه على الأرض. لقد أخبر والـداه مـن خلال فحص الطبيب أنه متخلف عقلياً. وفي عيـد مـيلاده الثالـث لاحظـت والدتـه انهماكه في سلوكيات محيرة وغريبة. وأكثر هذه السلوكيات وضـوحاً حركـات الـرأس المتكررة والنمطية. وفي أوقات عدة أبدى فجأة رفرفة الأيدي لعدة دقـائق. هـو مثـابر على عدم الكلام، ولديه مقدار ضئيل من الأصـوات وهـو أحيانـاً ينفجـر بالـضحك بدون مبرر واضح، وهو يمشي ولكن في الغالب علـى أصـابع قدميـه، وهـو لم يـضبط إخراجه على الرغم من محاولات والدته تدريبه على ذلك. وكان سـلوكه الاجتمـاعي مقلقا لوالديه. وهو لم يتطلع بنظره الى الآخـرين ولم يلعـب معهـم، ويبـدو أن الطفـل يفضل الوحدة (Oltmanns et al., 1995, 119-120).

ونتناول فيما يلي أهم النقاط الدالة على تطـور النمـو الحركـي لـدى الأطفـال التوحديين:

1. يصل الأطفال التوحديون الى المَعلمات الحركيـة الرئيـسة مثـل أقـرانهم الأسـوياء على الرغم من بعض التأخر البسيط. وهـم يكررون نفس الحركات عـدة مـرات، وتبدو هذه السلوكيات المتكررة في الأوقات التي يتم فيها إستثارة الطفل أو عنـدما يكون منغمسا في بعض الخبرات الحسية (Lewis، 1987، 131- 130).
2. يصف (ريتشارد سوين، 1979، 754-755) الأطفال التوحـديين بـأنهم يكونـون على درجة غير عادية من حسن الصحة والجاذبية. وإذا وصل الرضيع الى الـشهر الرابع تراه قد يظهر التبلد وعدم الاكتراث بالناس، كما قد نجـده مـن بعـد ذلـك يجلس وحيداً، وقد بدا على عينيه الاشتغال ببعض الأمور. ثـم أن هنـاك أعـراض أخرى من بينها: النمو غير المتماثل بحيث تنمو بعض المهـارات الى حـد أكـبر مـن الآخـرى. والطفـل التوحـدي يبـدي الاشـتغال أو الانـشغال الـشديد بالأشـياء الميكانيكية ويستجيب بعنف إن قوطع أو أزعجه أحد.
3. حركات غير طبيعية للجذع والأطـراف يمكـن ملاحظتهـا منـذ الـسنة الأولى مـن العمر: الحركات الإرادية غير متزنة، عدم الاتزان في المشي، المـشي علـى أطـراف الأصابع، والقدرات الحركية لـدى الأشـخاص التوحـديين تتبـاين بدرجـة كـبيرة

فبعض الأطفال يعانون من قصور أو عجز جوهري في قدراتهم الحركية الدقيقة أو الكبرى، والبعض الآخر من الممكن أن يظهروا مهارات نمائية جيدة (Wing، 1988).

4. عدم القدرة على التقليد الحركي وقد يظهر الأطفال واحدة أو أكثر من السلوكيات التالية بشكل متباين: التلويح بالأيدي، والتأرجح والتمايل أو التلويح، وشقلبة على الرأس، وضرب الرأس بعنف (Knoblock , 1983).

5. أسفرت نتائج دراسة جازدين وآخرين (Ghaziuddin et al., 1994) والتي أجريت على عينة بلغ قوامها (19) طفلا توحديا، و(11) طفلاً بمتلازمة إسبرجر، عن أن 100٪ لكل المجموعات لديهم قصور كبير وجوهري في الحركات الكبيرة والدقيقة. وانتهت نتائج دراسة منجفينا وبراير (Manjiviona& Prior، 1995) والتي أجريت على عينة من التوحديين بلغ عددهم (12) طفلاً سوياً، و(9) أطفال توحديين مرتفعي الأداء، والأطفال بمتلازمة إسبرجر، وتراوحت أعمارهم ما بين 7 الى 17 سنة، عن إصابة 50٪ من أطفال إسبرجر، لديهم مشكلات في العجز الحركي الدقيق والكبير، و(67٪) من التوحديين مرتفعي الأداء لديهم قصور واضح في الحركات الدقيقة والكبيرة.

6. أسفرت نتائج دراسة إسينجر وآخرين (Eisenmajer et al., 1996) عن تأخر في المشي لدى 48 طفلا توحديا تراوحت أعمارهم ما بين 3 الى 21 سنة.

7. أظهرت نتائج دراسة هيوز (Hughes، 1996) وجود شذوذ حركي لدى الأطفال التوحديين البالغ عددهم (36) ومتوسط أعمارهم 13 سنة.

8. تشير نتائج دراسة سميث وبريسن (Smith & Bryson، 1998) الى وجود قصور في السرعة، حيث اتسمت حركاتهم بالبطء.

9. تجنب التواصل البدني، كما أنهم سلبيون (Edelson، 1999).

10. الأطفال التوحديون لهم مثلاً طريقة خاصة في الوقوف، فهم في معظم الأحيان يقفون ورؤسهم منحنية كما لو كانوا يحملقون تحت أقدامهم، كما أن أذرعتهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع، وعندما يتحركون فإن كثيراً منهم لا يحرك ذراعية

الى جانبه، وفي معظم الأحيان، وهم يضربون الأرض بأقدامهم الى الأمام أو الى الخلف بشكل متكرر، وفي بعض الأحيان قد يحركون أيديهم وأرجلهم في شكل حركة الطائر، تلك السلوكيات المتكررة ترتبط بأوقات يكونون فيها مبتهجين، أو مستغرقين في بعض الخبرات الحدسية مثل مشاهدة مصدر للنور يضاء ويطفأ (شاكر قنديل، 2000، 58).

11. يلاحظ أن بعضهم يبدون هيئة وقوف غير طبيعية، حيث يبدو عليهم ميل جانبي. ويميل الأشخاص التوحديون أيضاً الى وضع وزن زائد من ثقلهم على احدى القدمين أو على رؤوس أصابع القدم أو على عقب القدم (Gepner et al., 1995).

12. يصعب عليهم تعلم نشاطات حركية متناسقة كالرقص وفقاً لأنغام موسيقية، وتنظيم خطوات عدة في الوقت نفسه، كما يصعب عليهم ممارسة نشاطات التوازن كالوقوف على الأسطح غير الثابتة أو الوقوف على ساق واحد(Cohen-Raz، et al.، 1992).

13. كما أن الأفراد التوحديين لديهم قصور في دمج أو تكامل الإحساسات الفردية ودمجها في وحدات متماسكة، فلديهم قصور في إدراك الصورة ككل، ويمكنهم معالجة الأجزاء أو التفاصيل (Frith،A-1989).

14. يعاني الطفل التوحدي من صعوبات في التوازن، والوقوف، والمشي، والثبات، ومرونة المفاصل، وسرعة الحركة، وهو أقل نشاطاً وحيوية (Jansiewics et al. 2006; Kohen -Raz et al., 1992; Minshew et al. 2004).

تفسير الاختلال في النمو الحركي لدى الأفراد التوحديين

1. يمكن تفسير هذا الاختلال في أن الاختلال الوظيفي الحركي للمدخلات السمعية هو السبب، فقد أشارت احدى الدراسات الى أن الأطفال التوحديين يستجيبون بشكل متأخر وبطريقة تكرارية للمدخلات السمعية.

2. قد تكون هذه السلوكيات ناتجة عن اضطرابات في الحركة تعكس اختلالاً في الجهاز العصبي المركزي Knoblock،(1983).

3. يشير بعض العلماء الى أن الأطفال التوحديين يأتون بحركات جسدية غير عادية تكون تعبيراً عن المشاعر اللاشعورية، والدفعات، والصراعات من خلال أعضاء الجسم، فالطفل التوحدي النشيط قد ينخرط في أنشطة تكرارية ولكنها غير هادفة، كأن يركض، أو ينقر على الأشياء بإصبعه ويرميها ويلفها (سميرة السعدي،2001).
4. هؤلاء الأطفال لديهم افتقار في القدرة على التقليد، وبالتالي فقد يفقدون حركات كبيرة وصغيرة ومهارات كلامية واجتماعية (إبراهيم الزريقات،2004،167، 179).

المهارات الحسية الحركية Sensor motor Skills

تتألف المهارات الحسية الحركية من الحركات العضلية الصغرى والكبرى والتنسيق البصري. ومع تطور الحركات العضلية الكبرى فإن الأطفال ينشغلون بحركات الجسم باستعمال عضلات كبيرة حيث يتطور أولاً ضبط الرأس والجسم مما يسمونه (صلبة الرأس) مع اكتساب الطفل التحكم في جسمه يترك رأسه، ويركز على عيونه، ومن خلال تركيز الطفل فإنه يستطيع تنسيق حركات الأيدي مع البصر، ويتعلم الجلوس والمشي والقفز والمهارات اللازمة للحياة (مثل مهارة الأكل والملبس والكتابة) وهذا ما يسمى بالتآزر البصري الحركي حيث تنمو الحركات العضلية الكبرى أولاً ثم تتبعها الحركات العضلية الصغرى مثل حركات الأصابع.

ويكون الأطفال عند الولادة قادرين على الشعور بالإحساسات الرئيسية الأربعة الجلدية، وهي الضغط والألم والبرودة والحرارة، فعندما تثار هذه الأعضاء الجلدية المستقلة إثارة كافية، فإن الطفل الوليد سوف يستجيب لها، ويتناسب مقدار الاستجابة بشكل طردي ومباشر مع شدة المثير. وعلى هذا فالأطفال حديثو الولادة يكونون حتى ساعة الولادة حساسين لبيئاتهم، وتكون لديهم ذخيرة متنوعة من الاستجابات التي تصدر لعدد متنوع من المثيرات الحسية (شفيق فلاح، 2004،83).

وتتطور المهارات الحسية الحركية للعينين في متابعتهما للأشياء الساكنة أو المتحركة ولأنواع هذه الحركة أفقية أو رأسية أو دائرية. هذا ولا تكاد حركة العين

اليمني تخضع لاتجاه حركة العين اليسري خلال الأيام الأربعة الأولى بعد الميلاد، ولهذا قد تحدق العين اليمني بإحدى المرئيات بينما تحدق العين اليسري بمرئيات أخرى لا تمت الى الأولى بصلة ما. وهكذا تبدو حركات العين وكأن بها حولاً يعوقها عن أداء وظيفتها، ثم يزداد التناسق بين حركات العينين فيتضاءل اضطرابهما ويخفت حتى يزول (فؤاد البهي السيد، 1997، 128).

المهارات الحسية الحركية لدى الأطفال التوحديين

وجد دوسون وآخرون(Dawson et al., 2000) أن الأطفال التوحديين الرضع لديهم اضطرابات في التجهيز الحسي الحركي تكون واضحة أثناء السنة الأولى من الحياة.

كما أن الاهتمامات الحسية الحركية من الممكن أن تكون في الغالب ملمحاً ذا أهمية فالحساسية الزائدة للمثيرات البيئية تكون معروفة في هذا الجانب، والأصوات المرتفعة الصاخبة، وعدم الحساسية للألم، والولع بالروائح وبالألوان والطعام أو الأنسجة أو الأقمشة (Dover &Lecouteur، 2006 ; Cass et al., 2007).

وقد تتبع تيتالبوم (Teitelbaum، 1998) النمو البدني للأطفال التوحديين في الاضطجاع على الظهر وعلى البطن، والتقلب، والجلوس، والزحف، والوقوف، والمشي، ووجد أن الأطفال التوحديين يبدون بدرجة دالة حركات شاذة أثناء عمليات التقلب والجلوس والزحف والمشي، وأن هذه الحركات صعبة المراس، كما أنها متشابهة، وارتكزت العديد من الحركات المضطربة على الشق الأيمن من الجسم.

ومن خلال المراجعة المستفيضة للتراث يشير بَرنيك (Baranek، 2002، 398) إلى أن الأفراد التوحديين يعانون من صعوبات حسية حركية، ونقص في نغمة العضلات، والمشكلات الحركية الفمية، والحركات المتكررة النمطية، وقصور في التآزر الحسي الحركي.

بعض الأمراض التي تصيب الأطفال التوحديين

قام بعض أولياء أمور الأطفال التوحديون بعمل تخطيط المخ لأبنائهم ليروا إذا كانت هناك نوبات صرع أو نشاط نوبات صرع Epilepsy لديهم، وعلى أية حال فإن

تخطيط المخ لم يستطع أن يكشف النشاط غير طبيعي أثناء فترة التخطيط، كما يجب أن نلاحظ أن أغلبية الأفراد التوحديين ليست لديهم نوبات صرع أثناء البلوغ (كوثر عسلية، 2006، 121).

وفي هذا الصدد هدفت دراسة هنت ودينس (Hunt & Dennis، 1987) إلى فحص 98 طفلا، وتم تقدير كل الأطفال في فترة خمس سنوات، وأشارت نتائج الدراسة الى أن 46 طفلا (51٪) مصنفين على أنهم توحديون، و46 طفلا توحديا لديهم تاريخ حافل بالتشنجات الطفولية، وهناك ستة أطفال لديهم نوبات مرضية. وتشير نتائج دراسة موردسين وآخرين (Mouridsen et al., 1999) الى إصابة الأطفال التوحديين بالصرع.

وقد تتكرر نوبات الصرع يومياً أو أسبوعياً أو كل شهر مرة أو ربما على فترات أكثر تباعداً. وتأتي عند بعض الأطفال بشكل خفيف لدرجة أنها قد تمر دون أن يلاحظها أحد، وفي هذه الحالات نجد الطفل فجأة قد توقف عن نشاط ما، وأخذ يحدق بعينه الى بعيد أو في لاشيء، منصرفاً كلية عن العالم المحيط به على الرغم من انه لا ينظر الى شيء معين، وكأنه لا يسمع ما يقال أو لا يشعر بما يحدث حوله، ولا يستغرق ذلك سوى دقيقة أو بعض الثواني يعود بعدها الى حالته الطبيعية فلا يلاحظه أبواه ومدرسته، ولا تفسر على أنها حالة صرع(عثمان فراج، 2002، 58).

وتُعتبر مرحلة البلوغ من أصعب المراحل للتوحديين حيث تشير التقارير الى أن واحداً من كل أربعة من الأفراد المصابين بالتوحد تبدأ لديه نوبات صرع أثناء البلوغ، والسبب الرئيسي لبداية هذه النوبات غير معروف، ولكن على الأرجح أن نوبات الصرع هذه أو نشاطات نوبات الصرع ربما ترجع الى التغيرات الهرمونية في الجسم، وأحياناً تبدو هذه النوبات واضحة وتصاحبها نوبات عنيفة واضطرابات تشنجية، ولكن للعديد من التوحديين نوبات صرع يتعذر اكتشافها بالفحص الإكلينيكي ولا يتم الكشف عنها بالملاحظة السهلة:

وهناك علامات دالة على نوبات الصرع:

- استعراض مشاكل سلوكية مثل العدوانية وإيذاء الذات ونوبات غضب شديد.

- تحصيل أكاديمي قليل أو عدمه بعدما يكون الطفل حسن الأداء أثناء مرحلة الطفولة وقبل مرحلة البلوغ.
- فقدان بعض السلوكيات وزيادة فترة التأمل (كوثر عسليه، 2006، 120-121).

وتؤدي نوبات الصرع الى أعراض مشكلات سلوكية مثل: العدوانية، إيذاء الذات والأذى أو القسوة بقوة، تقدم بسيط للغاية للمكاسب الأكاديمية (تحصيل أكاديمي) بعد أن كانت هناك مكاسب جيدة خلال فترة الطفولة، وقبل سنوات المراهقة، فقدان لبعض المكاسب السلوكية المعرفية (فهد المغلوث، 1423، 113).

وتتراوح معدلات انتشار التصلب الدرني Tuberous sclerosis في التوحد منذ الصغر 4٪ الى 14٪ Malley، Wong، Volkmar et al., 2005؛ 2006، 1998 .

وفي الشهور الثلاث الأولى من الحمل نجد أن نشاط الجنين يكون سويا أو طبيعياً ولا توجد أمراض للأم أو التعرض للتسمم (Butterwarth et al., 1991).

ويتعرض أطفال التوحد في طفولتهم المبكرة لأمراض الجزء العلوي من الجهاز التنفسي، وحالات الربو والحساسية ونوبات ضيق التنفس والسعال، كما يعانون من اضطرابات معوية وحالات الإمساك أو شلل في حركة الأمعاء أكثر من حدوثها بين أطفال المجتمع العام، كما يختلفون عن الطفل السليم في تجاوبهم مع تلك الأمراض وانعكاسات تأثيرها عليهم، ففي الكثير من حالات التوحد، قد لا ترتفع حرارة جسم الطفل التوحدي المصاب بالحمى أو مرض معد يرفع حرارة الطفل السليم، والبعض لا يشكو من آلام بل لا يعبر عن ألمه بالكلام أو بتعابير الوجه أو حركة الجسم المتوجع(عثمان فراج، 2002، 53-54).

الفصل الثاني

السمات اللغوية

- الاسس البيولوجية للكلام واللغة
- تصنيف اضطرابات الكلام واللغة
- المصاداة (ترديد الكلام)

الفصل الثاني

السمات اللغوية

على الرغم من أن اللغة وطريقة الكلام مكتسبة بفعل العوامل البيئية، إلا أن الإنسان يولد مزوداً باستعدادات فطرية تعده للكلام، أعني التعبير عن أفكاره بطريقة صوتية معينة، إذ يتوقف إنتاج الكلام والثروة اللغوية لدى الطفل على مدى سلامة جهازيه السمعي والكلامي، ويقوم جهاز السمع بعملية استقبال المثيرات الصوتية وإدراكها، ويقوم جهاز النطق والكلام بعملية الإرسال كالمناغاة والتقليد في المرحلة المبكرة، ثم إنتاج الكلام واللغة كوسيلة للتفاهم والتواصل (فيصل الزراد،1990، 141).

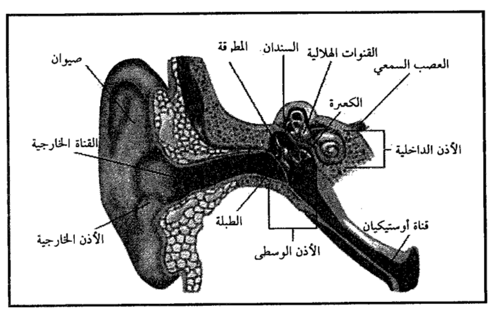
الأسس البيولوجية للكلام واللغة

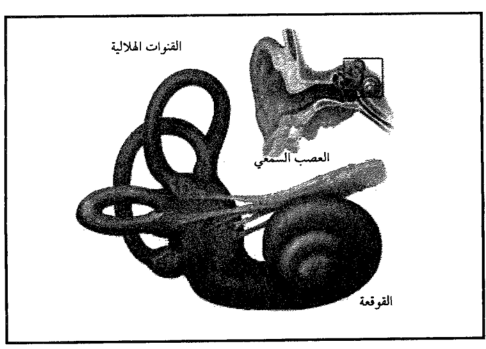
تتضمن الأسس البيولوجية للكلام واللغة المراحل التالية:

أولاً: مرحلة الاستقبال Reception Stage

1. **الأذن الخارجيةOuter Ear**: تشتمل على الصيوان وهو الجزء الظاهر من الأذن وقناة السمع الخارجية، وتعمل على نقل وتجميع الموجات الصوتية وتوصيلها الى الأذن الوسطى، كما تعمل على تحديد مصدر الصوت وتسمى الإعاقات التي تصيبها بالإعاقات السمعية (إبراهيم الزريقات، 2005، 101).
2. **الأذن الوسطى Middle Ear**: وتمثل الأذن الوسطى الجزء الأوسط من الأذن، وتتكون من ثلاثة أجزاء رئيسة وهي المطرقة Malleus والركاب Incus والسندان Stapes، ومهمة الأذن الوسطى نقل المثيرات الصوتية من الأذن الخارجية الى الأذن الداخلية (فاروق الروسان، 1996، 139).
3. **الأذن الداخلية Inner Ear**: تضم الأذن الداخلية القوقعة، وهي حلزونية الشكل وبها عدد كبير من الشعيرات الدقيقة، والقنوات الدهليزية وهي ثلاث قنوات

شبه دائرية تتصل بالقوقعة من جهة وبالعصب السمعي (العصب الجمجمي الثامن) من جهة أخرى وتمتلئ القوقعة والجزء العلوي من القنوات شبه الهلالية بالسائل التيهي الذي يضطلع بمهمتين أساسيتين هما: حفظ التوازن للفرد من خلال تزويد المخ بمعلومات عن حركة الرأس وموضعه، وكذلك تحويل الطاقة الحركية للسائل الناتجة عن حركة أجزاء الأذن الوسطى الى نبضات عصبية (عبد العزيز الشخص، 1997، 45). والشكلان التاليان يوضحان ذلك :





ثانياً: الجهاز التنفسي (الرئتان والقصبة الهوائية)

ويتكون الجهاز الصوتي من الجهاز الاهتزازي أو الحنجري والتجاويف الرنينية. ويتكون الجهاز الاهتزازي من الأوتار الصوتية ضمن الحنجرة والتي تقع في أعلى المسار الهوائي الى وخارج الرئتين (إبراهيم الزريقات، 2005، 71).

ثالثاً: جهاز الرنين The Resonance System

فيتكون من التجاويف أو الغرف التي يمر عليها الهواء المحمل بالصوت الخارج من الجهاز الصوتي حتى يتم تشكيله في صورة رموز صوتية متمايزة ويشمل: التجويف الفمي، البلعوم الفمي، التجويف الأنفي، البلعوم الأنفي، البلعوم الحنجري أو السفلي.، وتتكون أجهزة النطق من الشفتين والأسنان واللثة وسقف الحلق الصلب وسقف الحلق الرخو واللهاة والتجويف الأنفي، والبلعوم الفموي والبلعوم الحنجري والحنجرة التي تحتوي على الثنيات الصوتية (ما يعرف بالأوتار الصوتية) وهي تتألف من أربعة أزواج اثنان منها طيات صوتية حقيقية والأخرى طيات صوتية كاذبة، أي لا دور لها يذكر في عملية النطق (موفق الحمداني، 2004، 28).

تصنيف اضطرابات الكلام واللغة

أولاً: اضطرابات الصوت Voice Disorders

ينتج الصوت في البلعوم عندما يقترب الوتران الصوتيان من بعضهما، ويقوم الهواء الصاعد من الرئتين بتحريكهما ودفعهما الى الاهتزاز بشكل منتظم، وهذا الاهتزاز يولد سلسلة من النبضات، والتي بدورها تدفع عمود الهواء في جهاز النطق الى التخلخل والاهتزاز، وإنتاج الأصوات المجهورة، وعندما تتنفس يكون الوتران الصوتيان مفتوحين ويمر الهواء بينهما دون تحريكهما. بعض الأصوات (ت، ف، ك، س، ش، خ، ح، ث) يتم إنتاجها دون اهتزاز الوترين الصوتيين وتسمى أصواتا مهموسة، وعندما تقترب الأوتار الصوتية من بعضها، وتبدأ بالاهتزاز يتم إنتاج جميع أصوات العلة إضافة الى عدد من الأصوات الساكنة مثل (ب، د، ج، غ، ع، ذ، ز، ل، ر) (أسامة محمد وآخرون،2007، 536).

وتصنف اضطرابات الصوت الى ما يلي:

1. **الخن (الخنف):** حيث يجد الفرد صعوبة في إحداث حروف الميم والنون، وتبدو الحروف المتحركة كأن فيها غُنة، وتأخذ الحروف الساكنة أشكالاً مختلفة من الشخير أو الخنن.
2. **الغمغمة:** وهي عدم تباين مقاطع الحروف.
3. **المقمقة:** وهي التكلم من أقصى الحلق (حامد زهران، 1997، 144).
4. **البحة الصوتية Hoarseness:** وهذا العرض يعكس اهتزازا دوريا للأوتار الصوتية.
5. **الإجهاد الصوتي: Vocal Fatigue** ويشكو المريض هنا من مشاعر التعب بعد الحديث الطويل، ويشير دائماً الى أن الحديث المستمر يتطلب جهداً كبيراً، كما أن معظم المرضى يظهرون البحة الصوتية في نهاية اليوم.
6. **الصوت الزفيري (الممزوج بهواء الزفير)Breathy Voice** ويظهر هذا العرض من شكاوى المريض بأنه غير قادر على إكمال جملة بدون إخراج هواء الزفير، والحاجة الى إعادة التزود بالهواء اللازم لاستمرار الحديث أو الكلام، كما أنه أحياناً يكون من الصعب سماعهم في البيئات المزعجة (إبراهيم الزريقات، 2005، 193-194).

وقد ترجع اضطرابات الصوت الى: شق في اللثة العليا، شق في الشفة العليا بحيث تبدو كشفة الأرنب، شق في الحلق أو اللهاة، وتتركز أسباب هذه الاضطرابات في عاملين هما:

1. أسباب وراثية خلقية قد يولد بها الطفل.
2. الحوادث مثل السقوط من مكان مرتفع، الارتطام بالعوائق داخل المنزل وخارجة مما قد يؤدي الى شق في اللثة أو الشفة أو الحلق (كمال سيسالم، 1988، 147).

اضطرابات الصوت لدى التوحديين

انتهت نتائج دراسة بيشوب وادمندسون (Bishop &Edmundson , 1987) الى أن 87٪ من الأطفال التوحديين البالغ عددهم 88 في المرحلة ما بين 4 سنوات و6

شهور الى 5 سنوات و 6 شهور يبدون عجزاً في الفهم وصعوبات في إصدار أصوات الكلام والتعبير.

وأظهرت نتائج دراسة زكيان وآخرين (Zakian et al., 2000) أن الأطفال الرضع من الميلاد حتى 8 شهور، ومن 9-17 شهراً، ومن 18-24 شهراً، يفشلون في إنتاج أصوات ما قبل اللغة.

يميل الأطفال التوحديون طبقاً لنتائج دراسة موترون وآخرين (Motteron et al., 2001) الى إصدار أصوات الكلام بدلاً من المعنى. والتحدث بنوعية صوت وطبقة صوت غير مألوفة، كما أنهم يبدون عيوباً في تنغيم مهارات الكلام واللغة. ولديهم نقص في القدرة على التمييز بين أنواع محددة من الأصوات (Bushwick , 66, 2000).

والتوحديون يتكلمون بصوت رتيب لا تنغيم فيه. كما أن بعض الأشخاص التوحديين يتحدثون بصوت مرتفع جداً (ربما لأنهم تعلموا أن التحدث بصوت مرتفع سيحقق لهم ما يريدون بصورة أسرع)، بينما يتحدث البعض الأخر بصوت ناعم جداً حتى ليصعب على غيرهم سماعه، ولاسيما في بداية تعلمهم للكلام (وفاء الشامي، 2004، 232).

غالباً لا يصدر الطفل التوحدي أصواتا تعبر عن الاستجابة لأمر إلا بشكل محدود في مداه وتكراره، ويتفق الكثيرون على فشل محاولات تعليم الطفل التوحدي الايجابية والطاعة إذا كانت إعاقته شديدة ويصاحبها تخلف عقلي (عثمان فراج، 1995، 3-4).

كما تميل أصوات الأطفال التوحديين لأن تكون مهزوزة مع تحكم ضعيف في درجة الصوت، وينقص أصواتهم (التنوع)، فهي ثابتة دائماً. وآخرون منهم تكون أصواتهم أحادية النغمة، وميكانيكية مجوفة بلهاء (فهد المغلوث، 1423، 65).

ثانياً: اضطرابات النطق

النطق Articulation هو العمليات الحركية المستخدمة في تخطيط وإنتاج الكلام، أما اضطرابات النطق فهي صعوبات في مظاهر الإنتاج الحركي للكلام، أو عدم القدرة على إنتاج أصوات كلامية محددة (إبراهيم الزريقات، 2005، 153).

وتتلخص أعراض صعوبات النطق في أنها اختلال في التوازن الحركي بين أعضاء النطق المختلفة، ونظراً لكثرة أجزاء هذه الأعضاء فإن صعوبات النطق كثيرة، وتختلف في نوعها ودرجة حدتها باختلاف درجة الاضطراب ونوع العضو البارز فيه (سوسن شاكر، 2009، 254).

وتصنف اضطرابات النطق الى ما يلي:

1. **الإبدال وأهم مظاهره**

أ. الثأثأة: وهي إبدال السين بثاء أو شين أو دال.

ب. اللثغة: وهي إبدال الهمزة عيناً، والراء غيناً أو باء أو همزة، والقاف كافاً، والكاف تاء، واللام باء.

ج. الطمطمة: وهي إبدال الطاء تاء.

د. اللكنة: وهي إبدال الحاء هاء والعين همزة (حامد زهران، 1997، 143).

2. **الحذف Omition**: حذف صوت من أصوات الكلمة كما في (أيد بدلا من أريد).

3. **التحريف Distortion**: حيث ينطق الطفل الكلمة بطريقة محرفة تؤدي الى تغير معناها أو عدم فهم ما يراد منها كأن ينطق كلمة سيارة مثلاً صدادة (كمال سيسالم، 1988، 146).

4. **الإضافة Additions**: ويقصد بذلك أن يضيف الفرد حرفاً جديداً الى الكلمة المنطوقة (لعبات بدلاً من لعبة) وتعتبر عادية حتى دخول الطفل المدرسة (فاروق الروسان، 1996، 223).

5. **اللجلجة أو (التهتهة) Stammering or Stuttering**: تعرف اللجلجة في ICD, 1992 بأنها كلام يتسم بتكرار متكرر للأصوات أو تطويل بها أو للمقاطع أو الكلمات، أو بترددات متكررة، أو سكتات تمزق التدفق النغمي للصوت. وطبقاً لـ DSM, IV, 1994 تعرف اللجلجة بأنها اضطراب في الطلاقة العادية للكلام أو لتشكيل الزمني له وتطويله بطريقة غير مناسبة لعمر المريض، وتتألف حالة اللجلجة من واحد أو أكثر من الأعراض التالية: تكرارات الصوت، التطويلات،

الألفاظ المقتحمة أثناء انسداد الكلام، سكتات في الكلمات، إبدالات ملحوظة بالكلمة لتفادي التقطع والانسداد والسكوت. ويتداخل الاضطراب مع الأداء الوظيفي الأكاديمي والمهني والاجتماعي للفرد، ولو وجد عجز حسي أو عجز حركي كلامي فإن الصعوبات تفوق تلك الصعوبات المعتادة للمشكلة. وتختلف مدى اللجلجة فتكون أسوأ في المواقف الضاغطة من الحياة العادية، ويطلق عامة الناس على اللجلجة اسم التهتهة أو التأتأة أو الرتة (محمد عبد المؤمن،1986، 230).

والتهتهة تصيب حوالي 1٪ من الناس صغاراً وكباراً. وهي اضطراب شائع جداً عند أطفال ما قبل المدرسة (تصيب 40٪) فإذا انتقلنا الى سن المدرسة الابتدائية تنخفض الى نحو 2.5٪ - 3٪، ولكنها تبقى عند الراشدين في حدود 1٪. وهي تنتشر بين الأولاد الذكور أكثر مما تنتشر بين البنات، والفرق بين النسبتين كبير جداً، حيث تصل نسبة الشيوع بين الذكور من(4-7) أمثال نسبتها عند الإناث. وهي نتيجة عامة تحدث في كل المجتمعات، مما جعل العلماء يتحدثون على كفاءة تكوين أجهزة النطق عند البنات قياساً الى البنين(علاء الدين كفافي، 2005، 165).

أسباب اضطرابات النطق

ترجع أسباب اضطرابات النطق الى تلف في الأعصاب التي تتحكم في عضلات الكلام، وإلى شذوذ في تركيب الفم، شق خلفي في سقف الحلق، فقدان الأسنان، ضعف السمع (كمال سيسالم، 1988، 146).

أو قد ترجع الى فقدان الطفل لحب والديه واهتمامهما، الشقاق العائلي وتناحر أفراد الأسرة، أو التذبذب في المعاملة، وعدم اتفاق الوالدين على سياسة موحدة في التربية، تدليل الطفل وعدم تعويده على الاستقلال والاعتماد على النفس، تعرض الطفل للخوف الشديد والقسوة والعقاب البدني (نبيلة الشوربجي، 2007، 253).

والتعبير عن الصراع حيث يعتقد الكثير أن التهتهة ناتجة عن الصراع في التعبير عن المشاعر الجنسية أو العدوانية، ويفترض الكثيرون بأنه لدى الأشخاص الذين يعانون من التهتهة مشاعر قوية لا يستطيعون التعبير عنها بسبب بعض العوامل

الاجتماعية أو ردة فعل المحيطين السلبية تجاههم ورغم وجود الأبحاث العلمية القليلة والتي تدعم هذه الفرضيات. إلا أن الكثير من المختصصين يرون أن هذه هي الأسباب الحقيقية، وأن التخلص من الصراع يؤدي الى التخلص من التهتهة (شيفر وملمان، 2006، 231).

اضطرابات النطق لدى التوحديين

هناك صعوبات في النطق عند الطفل التوحدي ليست ناتجة عن الإصابة بالتوحد ، بل هي نتيجة للتطور الذهني المتأخر الذي يصاحب التوحد في حالات كثيرة. حيث يوجد أطفال توحيديون لديهم ذكاء طبيعي أو قريب من الطبيعي ، ولكن لديهم صعوبات تعلم في النطق مثل الأطفال الطبيعيين ، هذا مما يدل على أن صعوبات النطق عند التوحديين مثلها عند الطبيعيين (Lord& Paul, 1997).

وأسفرت نتائج دراسة وثربي وآخرين (Wetherby et al., 1988) عن أن الأطفال التوحديين صغار السن يبدون قصوراً في المقاطع، وإنتاجاً متزايداً للتلفظ الشاذ (الارتعاش في الغناء أو العزف، الطقطقة والهدير) وهذا التلفظ قبل اللفظي يظهر قصوراً في التلفظ الصوتي الشاذ.

كما أن الأطفال التوحديين يتجاهلون نطق الراشدين الذين يكونون مألوفين لهم (Bushwick , 2000 , 66).

وأسفرت نتائج دراسة شيربر وآخرين (Shriberg et al., 2001) عن أخطاء وتشويه في الحروف المهموسة، وفي الحروف الساكنة السائلة(السائلة حرف صامت ملفوظ)، وأخطاء في علم العروض(دراسة أوزان الشعر) وفي الجمل، وفي النطق، والتي تتداخل مع وضوح الرسائل.

ثالثاً: اضطرابات الكلام Speech Disorder

الكلام أهم وسائل الاتصال النفسي، ويعبر الفرد العادي به عن شخصيته في انطلاق ووضوح وتحديد وثبات. أما الفرد المضطرب فيكون تعبيره الكلامي عادة معبراً عن اضطراب شخصيته، ويظهر اضطراب الكلام لدى بعض الأطفال أثناء

نموهم، وهذا أمر عادي، وهذه تختفي عادة مع النمو. أما إذا استمرت وظهرت في شكل مرض فهنا يجب التدخل العلاجي (حامد زهران، 1997، 430).

يعرف (عبد العزيز الشخص، 1997، 27) الكلام بأنهُ عبارة عن سياق من الرموز الصوتية يخضع لنظام معين متفق عليه في الثقافة الواحدة، وهو بذلك أكثر خصوصية من اللغة لأنه أحد صورهاً.

اضطرابات الكلام

هي اضطرابات تتعلق بمجرى الكلام أو الحديث ومحتواه ومدلوله أو معناه، ومشكله، وسياقهن وترابط على الأفكار والأهداف ومدى فهمه من الآخرين، وأسلوب الحديث، والألفاظ المستخدمة وسرعة الكلام، فإنها تدور حول محتوى الكلام ومغزاه وانسجام ذلك مع الوضع العقلي والنفسي والاجتماعي للفرد المتكلم. ومن هذه الاضطرابات ما يدخل تحت اسم الطلاقة في النطق Fluency وضعف المحصول اللغوي، وتأخر الكلام لدى الأطفال ومنها اضطرابات النطق واضطرابات الصوت..الخ (فيصل الزراد،1990، 141- 143) .

ومعدلات انتشار اضطرابات النطق والكلام لدى المعوقين تفوق انتشارها بين أقرانهم العاديين، ورغم ذلك فقد تختلف النسبة حسب نوع الإعاقة ودرجتها (عبد العزيز الشخص، 1997، 150).

تصنيف اضطرابات الكلام

1. الأفيزيا أو احتباس الكلام

الأفيزيا أو احتباس الكلام أشكال عدة: الحُبسة الحركية (حُبسة البرمجة الصوتية) والاضطرابات النحوية حيث تظهر الصعوبات في تكوين الجملة، والحُبسة التعبيرية، والحُبسة الاستقبالية (الحُبسة الحسية) حيث يفقد المريض القدرة على التعرف على الكلمات (عبد الحليم محمود وآخرون، 1997، 576).

وقد ترجع أسباب الأفيزيا الى إصابات المخ عند الأطفال حديثي الولادة، أو الإصابة بجلطة دموية، والإصابة بنزيف في المخ، أو التهابات المخ المختلفة (الحمى الشوكية أو السحائية أو وجود أورام في المخ) (سامي عبد القوي، 1995، 126).

2. اضطرابات سريان الكلام

أ. **ظاهرة السرعة الزائدة في الكلام Cluttering**: وفي هذه الحالة يزيد المتحدث من سرعته في نطق الكلمات، ويصاحب تلك الحالة مظاهر جسمية وانفعالية غير عادية أيضاً مما يؤدي الى صعوبة فهم المتحدث، ومشكلات في الاتصال الاجتماعي.

ب. **ظاهرة الوقوف أثناء الكلام Blocking**: وفي هذه الحالة يقف المتحدث عن الكلام بعد كلمة أو جملة ما لفترة غير عادية، مما يشعر السامع بأنه انتهى من كلامه، مع أنه ليس كذلك، وتؤدي اضطرابات الكلام أيا كانت الى صعوبات في التعبير عن الذات تجاه الآخرين (فاروق الروسان، 1996، 223-224).

أسباب اضطرابات الكلام

1. **الأسباب العضوية**: كنقص اختلال الجهاز العصبي المركزي واضطراب الأعصاب المتحكمة في الكلام، مثل اختلال أربطة اللسان، إصابة المراكز الكلامية في المخ بتلف أو نزيف أو مرض عضوي أو ورم (مصطفي فهمي،1975، 164).
2. **الأسباب النفسية**: وهي الأسباب الغالبة على معظم حالات عيوب النطق كما أنها تصاحب أغلب الحالات العضوية ومن هذه الأسباب: القلق النفسي، الصراع، عدم الشعور بالأمن والطمأنينة، المخاوف و الوساوس، الشعور بالنقص وعدم الكفاءة (محمد عبد المؤمن،1986، 230-231).

سوء معاملة المعلم للتلميذ واستخدام أساليب عقاب مفرطة، عدم إحساس الطفل بالشعور بالحب والثقة والاطمئنان، الحماية الزائدة لدى الأطفال، تعرض الطفل لصدمات نفسية وانفعالية شديدة مثل وفاة أحد الوالدين، تقليد الطفل لنموذج طفل آخر بالبيئة المحيطة به لديه عيوب نطق، الاستهزاء بالطفل عند نطقه لبعض الحروف أو الكلمات يجعله يحجم عن الكلام أو يخاف أن يتكلم، الطموح الزائد عند الآباء فيما يتعلق بأداء أبنائهم وسلوكياتهم والتوقع الذي لا يتناسب مع إمكانياتهم، أحياناً لا يشجع الآباء الأبناء على استخدام اللغة استخداماً كافياً،

حيث يسرعون الى تلبية رغباتهم بدون أن يوضح الطفل رغبته في جمل واضحة (علاء الدين كفافي، 2005، 166).

3. **الأسباب البيئية:** قصور في التفاعل الاجتماعي واللغوي للطفل نتيجة عدم إتاحة الفرصة له للعب مع أقرانه أو الحوار والتحدث معهم، إيداع الأطفال بالمؤسسات الاجتماعية أو الجمعيات الخيرية ودور رعاية الأيتام لتنشئتهم تنشئة سليمة ولكن نظراً لأن هذه أطفال الجمعيات تكثر لديهم العيوب اللغوية، فإنها قد تساعد على عيوب النطق والكلام، تدني المستوى الثقافي للأسرة قد لا يساعد على التدخل المبكر للطفل لتنمية المهارات اللغوية، تدني المستوى الاقتصادي للأسرة مما يقلل من المثيرات التي يتعرض لها الطفل كي تزيد من تمييزه الإدراكي للأصوات والأسماء وتقلل من فرص الخبرات التعليمية والتكنولوجية التي تزيد من قدرته على النطق السليم وكثرة المعلومات التي تتيح القدرة على استعمال اللغة بطريقة جيدة (آمال أباظة، 2003، 117).

تعلم عادات النطق السيئة دون أن يكون الطفل يعاني من أي عيب بيولوجي سوى اللسان أو الأسنان والشفة، فكم من طفل ثبت بعد عامه الثاني على نطقه الطفلي الذي يسمى "Baby talk" لعدة سنوات لأن من حوله دللوه وشجعوه على استخدام هذه الألفاظ غير السليمة.

4. **أسباب أخرى**: كتأخر في النمو أو بسبب الضعف العقلي أو لوجود الطفل في بيئة تتعدد فيها اللغات واللهجات بين وقت وآخر (حسن مصطفي،2003، 178).

رابعاً: اضطرابات اللغة Language Disorder

اللغة عبارة عن نظام من الرموز يتفق عليها في ثقافة معينة، أو بين أفراد فئة معينة، أو جنس معين، ويتسم هذا النظام بالضبط والتنظيم طبقاً لقواعد محددة (عبد العزيز الشخص، 1997، 22-23).

ويعرفها (داود حلمي أحمد، 1989) بأنها "قدرة ذهنية مكتسبة يمثلها نسق يتكون من رموز اعتباطية منطوقة يتواصل بها أفراد مجتمع ما" وهذا التعريف يتضمن مجموعة من السمات هي على النحو التالي:

1. اللغة قدرة ذهنية تتألف من مجموع المعارف اللغوية.
2. يولد الإنسان ولديه الاستعداد الفطري لاكتسابها.
3. إن هذه القدرة المكتسبة في طبيعتها تتمثل في نسق متعارف عليه بين أفراد ما يطلق عليها الجماعة اللغوية، وما يرتبط بها من أنساق متفرعة يرتبط بعضها ببعض وهي النسق الصوتي، النسق الدلالي، النسق النحوي، النسق المعجمي، النسق الصرفي.
4. إن اللغة أداة يتواصل بها أفراد مجتمع معين وليست غاية في حد ذاتها (في: أحمد المعتوق، 1996، 33-34).

واللغة ما هي إلا مجموعة من الرموز المصطلح عليها بين جماعة من الجماعات للتفاهم، ولن يتمكن الطفل من اكتسابها إلا إذا سمعها.فهي وسيلة اجتماعية وتكتسب بالتفاعل الاجتماعي. ويتمكن الطفل بالتدريج من ربط الرموز اللُغوية بسلوك من حوله، ثم تتخذ هذه الرموز معانيها المصطلح عليها (سعد جلال، 1985، 192).

وتعرف الرابطة الأمريكية للكلام واللغة والسمع اضطرابات اللغة على أنها خلل في تطور أو فهم استخدام الرموز المحكية والمكتوبة للغة ويشمل الاضطراب أحد الجوانب اللغوية التالية أو جميعها:

- شكل اللغة Form وتتضمن (الأصوات Phonology، والتراكيب أو بناء الجملة Syntax، القواعد أو علم الصرف (Morphology).
- محتوى اللغة Content (المعنى أو الدلالة Semantics).
- وظيفة اللغة Use (الاستخدام الاجتماعي للغة) (أسامة محمد وآخرون، 2007،510).
- اضطرابات اللغة الاستقبالية Receptive Language إن الأطفال الذين يعانون من هذا النوع من الاضطرابات لا يفهمون معنى ما يقال لهم، بالرغم من أنهم يسمعون ما يقال لهم من كلام، ويسمى هذا النوع بالحُبسة الاستقبالية، وذلك بسبب عدم القدرة على فهم المعاني اللفظية التي يستقبلها الطفل، وتتمثل مظاهر

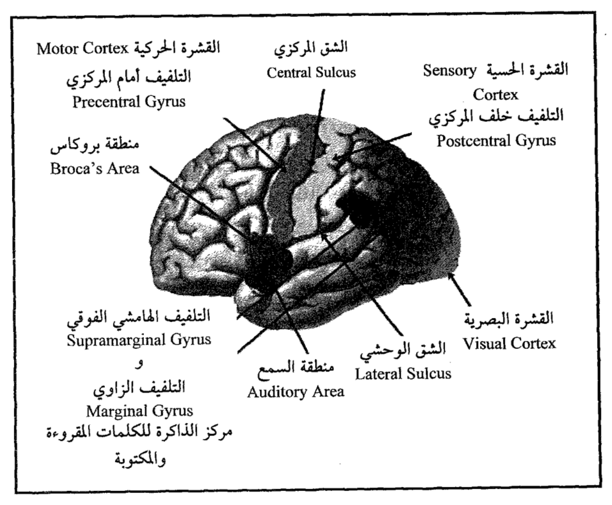
هذا الاضطراب في الفشل في ربط الكلمات المنطوقة مع الأشياء، والأعمال والمشاعر، والخبرات والأفكار، وبسبب عدم فهم الطفل لما يسمع من كلام (يوسف القريوتي وآخرون، 2001، 338).

- ونتيجة لصعوبة فهم الكلمات أو الجمل Echolalia /Agnosia فإن الفرد يكرر استعمال الكلمة أو الجملة دون فهمها (فاروق الروسان، 1996، 225).
- اضطرابات اللغة التعبيرية Expressive Language لا يتوفر في العادة للطفل الذي يعاني من ضعف في التعبير اللغوي محصول لغوي وافر، فغالباً ما يكون محصوله اللغوي محدوداً للغاية إذا ما قارناه بأطفال آخرين يماثلونه في عمره الزمني، فهو بدلاً من أن يسمي الأشياء بأسمائها يشير إليها، وأحياناً يسمي شيئاً ما باسم شيء آخر، وفي الحالات الشديدة قد لا يستطيع الكلام على الإطلاق، أو يتعامل مع المواقف بكلمات مفردة (محي الدين أحمد، 1987، 178-179)، كما يصعب على الطفل تركيب الكلمات المكونة للجملة من حيث قواعد اللغة ومعناها لتعطي المعنى الصحيح، وفي هذه الحالة يعاني الطفل من صعوبة وضع الكلمة المناسبة في المكان المناسب (فاروق الروسان، 1996، 225).
- اضطرابات اللغة الاستقبالية والتعبيرية Mixed Receptive–Expressive Problems.

الطفل الذي يعاني من المشكلات التعبيرية والمستقبلية المختلطة، أي يعاني من تأخر في كليهما، فهذا الطفل سوف يفهم لغة بسيطة مثل خذ معطفك Get Your Coat أو هل أنت تريد المزيد من اللبن ؟ ويكون قادراً على أن يقول كلمات قليلة منفردة مثل لبن، ماما، اذهب (Culatta & Culatta , 1981 , 123).

ويعود الفضل لعبقرية الطبيب الفرنسي بروكا Broca , 1881 في الاكتشافات الرائدة في جراحة المخ التي تحدد من خلالها بعض الوظائف النوعية للمواقع المختلفة من المخ، حيث يوجد تليف في بعض المناطق من الجزء الأيسر من الفص الجبهي مما جعله يستنتج بكل دقة المواقع المخية المسئولة عن استخدام اللغة، وتسمى هذه المنطقة

حتى الآن باسم "منطقة بروكا" (عبد الستار إبراهيم، 1985، 75-76). يوضحها الشكل التالي.



وأوضحت الدراسات أن مركز اللغة بروكا Broca's Area طبيعي لدى الأولاد التوحديين الذين لديهم قدرات لغوية طبيعية. وبالمقابل فالأولاد التوحديون الذين لديهم مشاكل لغوية لديهم تغيرات دماغية تتطابق مع التغيرات التي وجدت مع الأولاد غير التوحديين الذين يعانون من اضطراب نادر يسمى اضطراب الضعف اللغوي المحدد (كوثر عسلية، 2006، 302،306).

ونتناول مراحل النمو اللُغوي على النحو التالي:

مراحل تطور النمو الكلامي واللُغوي

1. **مرحلة الصراخ Crying stage**: تشير الدراسات الفسيولوجية إلى أن أعضاء الكلام لدى الطفل تصل إلى مستوى لا بأس به من النمو، ويمكنها أن تؤدي

وظيفتها قبل ميلاد الطفل، وبعض علماء الأجنة يقرون أن الأجنة في الشهر الخامس تصبح أجهزة الصوت لديها القدرة على العمل، وهذا هو أقل عمر للجنين أمكن فيه ملاحظة بعض الأصوات الناعمة لدى الجنين، وعادة تتطور اللغة لدى الطفل بدءاً من الصرخة الأولى التي تأتي بعد الميلاد مباشرة، والتي تحدث بسبب اندماج الهواء بقوة عبر الحنجرة إلى رئتي الطفل حيث يتم اهتزاز الحبال الصوتية، وبالتالي تحدث عملية التنفس التي تهدف إلى تزويد الدم بقدر من الأكسجين، ويحدث ذلك بفضل فعل منعكس فسره عالم التحليل النفسي أوتورانك بصدمة الميلاد، وبعد ذلك يصغي الطفل تدريجياً إلى صوته الذي يرتبط بوظائف التغذية وحاجاته الأساسية (طعام، شراب، ألم، غضب، تبول، قيء) ويصبح الصوت معبراً عن الحالات الجسمية، والوجدانية ورغبات الطفل النفسية.

ويرى البعض من العلماء أنه من الخطأ الحيلولة بين الوليد وبين صراخه ما دام هذا الصراخ تعبيراً عما يشعر به، كما أن لهذا الصراخ أثراً في تقوية الجهاز الصوتي لدى الوليد يؤهله للانتقال الى المرحلة التالية. كما تصدر خلال الأسابيع الأولي الى جانب الصراخ أصوات عديدة غامضة يقوم بها بشكل لاإرادي (سوسن شاكر، 2009،217).

وهناك ثلاثة أنواع من الصراخ والبكاء هي: بكاء الجوع حيث يسمع غالباً بعد بضع ساعات من الوجبة السابقة من (2- 4 ساعات)، بكاء الألم: والتي أمكن دراسته نتيجة آلام الشك بالإبرة أو عند الحقن، وهو بكاء طويل عنيف يعقبه صمت طويل، ثم بكاء مرة ثانية بعد استعادة التنفس، ويصاحبه توتر عضلي في الوجه وتقلصات عديدة في عضلات مختلفة من الجسم، بكاء الغضب: ويشبه بكاء الجوع مع مزيد من دفع الهواء عبر الأوتار الصوتية وهو صراخ طويل يدل على الغيظ والغضب .

وهذه الصياح أو الصرخات التي يصدرها الأطفال كلها واحدة، ولا يستطيع أن يميز صرخة عن أخرى فهي أفعال منعكسة، لا إرادية لأن الطفل لا يريد التعبير عن شيء معين على وجه التحديد خاصة في الأشهر الأولى من حياته، ولكن الأم

فقط هي التي تكتسب هذه الصرخات معاني محددة لديها (أحمد عبد الرحمن، 1985، 79).

والأصوات الأولى للطفل عبارة عن حروف الحركة مثل أ آ فهي تمثل الحروف الأولى التي ينطقها الطفل، ثم أن أول حروف ساكنة تظهر في أصواته هما الحروف م، ب، ولا تظهر أصوات الحروف المتحركة التي تخرج من وسط الفم أو من مؤخرته إلا في بداية الربع الثاني من السنة الأولى (سعد جلال، 1985، 191).

2. **مرحلة المناغاة Babbling**: لقد أشرنا إلى أن الطفل يبدأ بالصراخ أولاً ودون وجود دلالات اجتماعية أو لغوية واضحة، أصوات عشوائية، ويلاحظ أن الطفل في هذه المرحلة يقوم بإحداث ترديدات من تلقاء نفسه تكون شبه واضحة، وتأخذ شكل لعب صوتي، وتكون غاية في حد ذاتها لا تعبيراً عن شيء معين، ويجد الطفل في ذلك لذة ومتعة، ويعتبر ذلك بداية للترابطات السمعية الصوتية.

وفي الشهر الثالث والرابع والخامس تزداد صيحات أو صراخ الطفل للحصول على انتباه الآخرين، ومع نمو الجهاز الصوتي يصبح قادراً على إصدار عدد كبير من الأصوات الانفجارية، وبعضها يبقي ويتحول الى مناغاة، والتي تبدأ كنوع من اللعب العشوائي، وتبدأ المناغاة بمقطع واحد يتكرر ثم بمقطعين وأكثر، وتبدأ المناغاة في الشهر الثاني أو الثالث وتصل الى قمتها في الشهر الثامن ثم تختفي بالتدريج ليظهر الكلام (فؤاد أبو حطب، أمال صادق، 1995، 270-271).

وتعتبر المناغاة نشاطاً انعكاسياً يحدث نتيجة استثارة الطفل داخلياً عن طريق الإحساس الاستكشافي للشفتين واللسان والحلق، ولا يعتبر السمع ضرورياً لظهور المناغاة (يوسف القريوتي وآخرون، 2001، 327).

وقد يتساءل أحدكم عن العلاقة بين المناغاة عند الأطفال وقدراتهم اللغوية اللاحقة، وهي مسألة مثل سائر المسائل الأخرى في علم النفس التطوري، لا نملك إجابة واحدة قاطعة حولها. ولكن كما هو الحال عند الطفل الأصم، حيث إن ما كان قد قام به من مناغاة وهو صغير جداً لم يترك أثراً يذكر على تطوره اللغوي

اللاحق، فإن قدرة الطفل الصغير على المناغاة في الأشهر الأولى من حياته لا تؤثر في تطوره اللغوي تأثيراً واضحاً (شفيق فلاح، 2004،241).

3. **مرحلة التقليد:** بعد الشهر الخامس من حياة الطفل تأخذ الأصوات التلقائية التي كان يصدرها الطفل معنى آخر فيستجيب للأصوات البشرية ثم يبدأ يقلد الأصوات التي يسمعها وهو يجيد هذه المهارة في الشهر الثامن والعاشر، ومن الجدير بالذكر أن الأصوات التي يخرجها الطفل في نهاية هذه المرحلة متعددة جداً، وقد قدرها الباحثون بما يقرب من مائتي نوع (سوسن شاكر، 2009،221).

وتعتمد اللغة على ظروف ضرورية عدة أهمها: أن ينتبه الطفل لنطق مانحي الرعاية، ويجب أن يظهر ميلاً للتقليد عموماً، وأن يقلد هذه الأصوات، ويجب أن يظهر ميلاً للاستجابة التي تؤدى مثل: الابتسامات، الضحك عندما يبتسم أو يضحك ما نحو الرعاية (Bushwick , 2000 ,66).

4. **مرحلة الكلمة الواحدة:** وهي تمتد من الشهر السادس إلى الشهر الثالث عشر ويبدأ الطفل في النطق بالكلمة الأولى والتي غالباً ما تكون (بابا – ماما) ورغم أن الطفل لا ينطق إلا كلمة واحدة أو كلمات قليلة إلا أنه مع نهاية السنة الأولى يجيب على كلمات الآخرين وتعليماتهم، أو أوامرهم، ولكن ليس بكلمات أو ألفاظ بل بحركات إيمائية، وإشارات في العيون والوجه واليدين والجسم، وغالباً ما تكون استجابات الطفل صادقة بالرغم من أنه لا يتكلم بها بعد.

إن أول الكلمات التي يقلدها الطفل هي الكلمات التي تكثر فيها الحروف الشفوية، وهي الحروف التي تخرج من الشفتين، ويقتضي نطقها تحركهما حركات ظاهرة مرئية تصل الى الطفل عن طريق حاسة البصر (علي عبد الواحد، 1980، 205).

هذا وفهم الطفل للكلمات والجمل يظهر على صورة تدريجية، وأول كلمات يفهم مدلولها هي الكلمات الدالة على أكثر الأشخاص ملازمة له وأحبهم إليه (بابا، ماما،....الخ) وعلى الأمور الضرورية له (أمبو= الماء)، مم = الطعام.......الخ وعلى الأشياء التي تستأثر بانتباهه لغرابتها مثلاً (علي عبد الواحد، 1980، 168).

5. **وفي عمر سنة ونصف:** يستطيع الطفل النطق بخمس كلمات أو أكثر، فهم الأسئلة البسيطة، الإشارة الى الأنف أو العينين أو الشعر، قول أهلاً، أشكرك أو ما يعادلها. مرحلة الكلمتين والجملة: الخطوة التالية في ارتقاء اللغة هي استخدام كلمتين لا كلمة واحدة. وتزداد كلمات الطفل مع التقدم في العمر الزمني (كريمان بدير، 2007، 65). وأشارت نتائج سميث Smith الى أن نمو المحصول اللفظي في السنة الأولى 3 كلمات، السنة الثانية 372 كلمة، السنة الثالثة تكون 896 كلمة، والسنة الرابعة 1540 كلمة، السنة الخامسة 2072 كلمة، السنة السادسة، 2512 كلمة (فؤاد البهي السيد، 1997، 182)، وفي عمر السنة والنصف أو السنتين يركب الطفل جملاً مؤلفة من كلمتين متتابعتين أو من ثلاث كلمات (ميشال زكريا، 1985، 25).

6. **تحتوي المرحلة ما بين السنة الثانية والثالثة:** على جمل تتكون من أربع كلمات، وينغمس الطفل بالتجريب اللغوي، وهذا يؤدي الى التركيب اللفظي ويلاحظ أن 63٪ من مجموع ألفاظ الطفل بالنسبة لقواعد الكلام من ناحية الصوت تكون صحيحة و90٪ منها يمكن أن يفهم بصورة صحيحة، ومن الملاحظ أن أخطاء القواعد تكون شائعة حتى عمر الثلاث سنوات ويبدأ الطفل في هذه المرحلة باستخدام الجمل القصيرة التي تزداد طولاً مع تقدم العمر (سوسن شاكر، 2009، 229-230).

وفي سن الثلاث سنوات يستعمل الطفل الضمائر والماضي والجمع، تسمية ثلاثة أشياء في الصورة المعروضة عليه، حكاية قصص صغيرة، يميز بعض الأدوات والحروف، وفي سن أربع سنوات يميز أربع أدوات استعمال كلمة وصفية مع صورة تعريف الكلمات بما يستعمل فيه، مثل السكين للقطع الكرسي نجلس عليه، فهم ثلاث كلمات أو أكثر من القائمة المعطاة له فهم بعض كلمات المزاح، خلو الكلام من أصوات الطفولة اللاهية (كريمان بدير، 2007، 65).

ومن 36 الى 39 شهر تزيد مفرداته على ألف كلمة، ويستخدم القواعد النحوية في تركيب الجمل، وتقل الأخطاء النحوية، ويفهم الطفل 90٪ مما يسمع (شفيق فلاح، 2004، 236).

ولا يقف النمو اللغوي عند الطفل عند مجرد اكتساب الكلمات أو الجمل، بل يمتد ليشمل القواعد، وهي عبارة عن الطريقة التي توضع بها الكلمات في تدريبات معينة لعمل الجمل كما يمتد هذا النمو ليشمل موضوعاً أخر لا يقل أهمية عن سابقة، وهو مشكلة المعنى أو معاني الكلمات، تلك المشكلة التي لاقت اهتمام علماء النفس في الفترة الأخيرة (سيد الطواب، 1993، 246-247).

إن وجود عيب في نطق الحروف البسيطة أو الكلمات أو في تكوين جمل غير تامة، يُعد أمراً طبيعياً في مرحلة الطفولة الأولى، لكن الأمر يختلف إذا استمر هذا العيب في مرحلة الصبا، فإنه يدل على وجود اضطرابات حقيقية (سرجيو سبيني، 1991، 64).

7. **يعتبر النمو اللغوي في مرحلة الطفولة الوسطي**: بالغ الأهمية بالنسبة للنمو العقلي والنمو الاجتماعي والنمو الانفعالي، فيدخل الطفل المدرسة وقائمة مفرداته تضم أكثر من 2500 كلمة، وتزداد المفردات بحوالي 50٪ عن ذي قبل في هذه المرحلة، ومرحلة الجمل المركبة الطويلة، وتتطور قدرة الطفل على القراءة، ويستطيع تمييز المترادفات ومعرفة الأضداد (كريمان بدير، 2007، 150-151).

تطور النمو الكلامي واللُغوي لدى التوحديين

1. الأطفال التوحديون الرضع من الميلاد حتى 18 شهراً يفتقرون الى التواصل غير اللفظي، Non Verbal Communication فصغار الأطفال منذ بداية حياتهم، يبدأون التواصل مع الغير من خلال طرق غير الكلام. وأول شكل من هذا التواصل يتم من خلال البكاء. ومع مرور الوقت، يتعلم الطفل الطبيعي تغيير نغمة بكائه بناء على حاجته، فتعرف أمه بالتالي ما يريد، أما الأطفال التوحديون فهم غير ذلك (وفاء الشامي، 2004، 190).

والسلوكيات غير اللفظية تكون مرتبطة باكتساب اللغة في الأطفال العاديين مثل الإشارة تكون مرتبطة بالنمو اللُغوي المبكر، فالأطفال الرضع العاديون يستخدمون الإيماءات الاتصالية مثل الإشارة في المرحلة ما بين 9-13 شهراً.

ويُعد التواصل غير اللفظي من قنوات التواصل التي تتضمن استخدام ملامح الوجه والأوضاع الجسمية والإيماءات. وتؤثر هذه الإشارات في تيسير التواصل والتفاعل مع الآخرين.

يبدي الأطفال التوحديون صعوبة في قراءة الشفاه أو لغة الأصابع أو الكتابة ويعانون من صعوبة استخدام هذه اللغة المرئية وفهمها (سميرة السعد،1992)، وعجزاً في قدرتهم على استخدام الإشارة وفي ضبط تحديقات العينين وفي اللعب التظاهري.

وحوالي 50٪ من الأفراد التوحديين يستخدمون اللغة غير اللفظية أو اللغة اللفظية المحدودة، أو تكون في حدها الأدنى (Prizant, 1983 ; Lord &Paul , 1997).

وانتهت نتائج دراسة هوبسون (Hobson , 1986) الى أن تبادل تعبيرات الوجه بين الأطفال التوحديين والأطفال الأسوياء تميزت بعدم القدرة على التحديد، وقصور في التبادل، وعدم الملاءمة، واتصفت استجاباتهم بالسلبية.

2. يرفضون محاولات الآخرين للتواصل معهم، ويفتقرون أو لديهم ضعف في المناغاة والكلمات الأولى (إبراهيم الزريقات، 2004، 182)، وفي التقليد واللغة يكون الأطفال التوحديون قادرين على تقليد الإيماءات البسيطة والمعالجات اليدوية للموضوعات، على الرغم من هذا يجدون صعوبات في تقليد مهام معقدة وجديدة (Charman &Baron-Cohen, 1977). وأسفرت نتائج دراسة سميث وبرايثين (Smith &Bryson , 1998) عن أن الأطفال التوحديين البالغ عددهم (60) طفلا يؤدون أداء متدنيا على مهام التقليد والإيماءات.

وقد وُجد أن الأطفال التوحديين الذين لا يتكلمون يكون أداؤهم المعرفي متدنيا، وهم قادرون على تقليد تلقائي لجمل بسيطة، والمعالجة غير العادية للموضوعات (Nadel &Potier , 2002).

وبعض سلوك الأطفال التوحديين يمكن تفسيره من خلال عجزهم عن تقليد الآخرين. فالطفل التوحدي لا يبتسم عندما يبتسم شخص ما له، وهو من الممكن

ألا يرد تحية الآخرين له، كما يعجز عن فهم الطبيعة التبادلية في مواقف التفاعل الاجتماعي. كما يعجز الطفل التوحدي والراشد التوحدي عن تفسير وفهم مشاعر الآخرين من خلال السلوك غير اللفظي (Lewis , 1987 , 151).

3. القدرة على التواصل اللفظي Verbal Communication ونسبة الذكاء في مرحلة ما قبل المدرسة تكون منبئاً قوي لمستوى الأداء في المدرسة (Stevens et al., 2000).

يغلب على الأطفال التوحديين استخدام كلمات خاصة بهم للدلالة على أشياء معينة، ندرة استخدامهم لكلمات تشير الى القدرات العقلية من قبيل: يتذكر، يعتقد ، يظن ، حيلة ، فكرة، كما يصعب عليهم أن يتعلموا أن الكلمة الواحدة قد يكون لها أكثر من معنى واحد، أو أن شيئاً قد يكون له أكثر من اسم واحد. ربما يكون قد تعلم أحدهم اسم "جاكيت" على سبيل المثال، إلا أن من الصعب عليه أن يدرك أن " الجاكيت " قد يسمى أيضاً "معطف" (وفاء الشامي، 2004، 225-226).

صعوبات جمة في علم دلالات الألفاظ وتطورها. قلب الضمائر فيستعمل ضمير أنت بدلاً من أنا والعكس (Fay , 1980) فيقول "أنت تريد ماء" بمعنى "أنا أريد ماء".

كما أنهم يعجزون عن استخدام الكلمات أو المفاهيم المجردة، وعدم التعامل بفورية أثناء التحدث، وعدم القدرة على الربط بين المعنى والشكل والاستخدام الصحيح للكلمات، ولا يدركون متى يتحدثون ومتى يتوقفون للاستماع، وبالتالي يعجزون عن تقدير تأثير أحاديثهم على الآخرين (Szatmari et al., 1989 , 224).

وهناك خاصية أخرى في كلام الأطفال التوحديين وهي نقص العفوية أي نقص في تكون الجملة العفوية، كلام الأطفال التوحديين يوصف بأنه استجابة التلقين أو السؤال، ونادراً ما يتكلمون بدون طلب القيام بذلك، والتفسير المجرد أو الحرفي للكلام وهذا يشير الى أن الأطفال التوحديين يفسرون الكلمات بحرفية صارمة، ويظهرون في المرافقات غير اللفظية للغة، ويعتمدون على كلام نمطي (إبراهيم الزريقات، 2004،273-275).

و50٪ من الأطفال التوحديين لا يتكلمون طوال عمرهم والبعض الآخر يتكلمون ببعض الكلمات وعادة ما يبدءون الكلام في وقت متأخر عن الأطفال العاديين (سميرة السعد،1992).

وأسفرت نتائج دراسة تاجر- فلوسبرج(Tager-Flusberg , 1992) عن أن الأطفال الرضع البالغ أعمارهم ما بين 1-2 سنة، يقابلون محكات DSM, 1980، ويبدون قصوراً واضحاً في الكلام المرتبط بكل من الانتباه والمعرفة، ونادراً ما يتكلمون عن معارفهم المرتبطة بالسلوك والواقع.

والأطفال في عمر السنتين لديهم كلمات قليلة، وقصور في المفردات اللُغوية، ولا توجد دلائل على الفقدان السمعي أو البدني، أو العصبي، أو السلوكي، أو الاجتماعي، ويبدي حوالي 70٪ منهم تحسنا واضحا في اختبارات اللغة التعبيرية حتى عمر الخامسة. بينما حوالي 30٪ سوف يستمرون في إظهار تأخر واضح في اللغة التعبيرية (Paul , 1996 ; Rescorla , 2002 ; Armstrong , 2006) تشمل اللغة الآلية والمملة، والشاذة، والمتكلفة أو المتصنعة.

وانتهت نتائج دراسة رسولا سكوارتز (Rescorla& Schwartz , 1990) الى أن نصف عينة من الأطفال التوحديين البالغ عددهم 25 طفلاً في مرحلة ما قبل المدرسة يظهرون لغة تعبيرية جيدة. وأسفرت نتائج دراسة باول (Paul , 1996) عن أن اللغة التعبيرية لدى عينة من الأطفال التوحديين بلغ عددهم 31 طفلا خلال الثلاث سنوات الأولى تكون في المدى العادي الى حد كبير، بينما هناك قصور في أصوات الكلام والنحو يستمران لدى بعض الأطفال.

وأسفرت نتائج دراسة رتشمان وآخرين (Richman et al.,1982) عن أن نسبة 3٪ من الأطفال التوحديين في عمر 3 سنوات يبدون إعاقات لغوية غير مفسرة.

وانتهت نتائج دراسة لورد وبيكليس(Lord& Pickless , 1996) الى قصور لُغوي شديد في القدرات اللغوية وبناء الجمل، والكلمات المفردة، في عينة من الأطفال التوحديين تتألف من 51 طفلا توحديا، وبمتوسط عمري 3.82 سنة، و 35٪ ليس لديهم أية كلمات، وإن شدة المشكلات اللُغوية تؤثر على التواصل غير اللفظي

والاجتماعي مثل: تحديقات العينين، الانتباه، تعبيرات الوجه، السلوكيات المقيدة المتكررة.

ويبدي التوحديون في المرحلة من 4 سنوات لغة متأخرة، ويكررون ما يقوله الآخرون (إبراهيم الزريقات، 2004، 182).

وانتهت نتائج دراسة رسكولا وسكوارتز (Rescorla& Schwartz , 1990) الى أن حوالي 6٪ من الأطفال التوحديين في الفترة الممتدة ما بين مرحلة الولادة مباشرة حتى 7 سنوات لديهم صعوبات في الكلام واللغة.

وقد يوجد تأخر في النمو اللغوي لدى بعض الأطفال الى أن يصل عمرهم ما بين 5 الى 8 سنوات، كما يواجهون صعوبات في الفهم اللُغوي غير اللفظي، فمعظمنا قد يبتسم عندما نتحدث عن الأشياء التي نستمتع بها أو التي تسرنا أو نهز الكتفين عندما لا نستطيع الإجابة عن سؤال يوجه إلينا، وبالنسبة للتوحدي فقد نجده من النادر فعل ذلك، ومن خصائص كلام هؤلاء الأطفال أنه آلي.

وفي عمر الثانية عشرة نجد أن حوالي 50٪ يمكن التنبؤ أنهم لا يكتسبون لغة مفيدة .(Bailey et al., 1996)

وأن حوالي 50٪ الى 90٪ من هؤلاء الأطفال سوف يستمرون في إظهار صعوبات لغوية خلال مرحلة الطفولة (Bird et al. ,1995).

وثمة صعوبة أخرى تظهر مرتبطة بالإنشاء الضعيف والتعبير اللغوي المضطرب والتي تستمر في خلق العديد من المشاكل في فترة البلوغ، وهي الميل لتفسير ما يقال حرفياً، وحوالي 30٪ تقريباً من الأفراد التوحديين يظلون لا يستخدمون الكلام والتحدث بشكل مفيد حتى بين هؤلاء الذين تعلموا، وثمة معوقات واضحة قد تستمر لدى هؤلاء الأفراد خلال فترة البلوغ والمراهقة (محمد علي كامل، 2003، 33-36).

والأطفال التوحديون ذوو الأداء الوظيفي المنخفض من الممكن أن يكونوا صامتين تماماً، أو يكون فقط لديهم كلام قليل مع اتصال محدود أو عدم الاتصال مع الآخرين: مثل المصاداة، وفي الأطفال التوحديين ذوي الأداء الوظيفي المرتفع

(متوسط أو فوق المتوسط في الذكاء) فإن استخدام اللغة تميل الى تكون خصوصية، وهناك صعوبة في المشاركة في المحادثات، وفي التواصل غير اللفظي مثل اتصال العين، الإشارة، استخدام تعبيرات الوجه، أو ارتفاع طبقة الصوت أو انخفاضها، واللغة تميل الى أن تبقى محسوسة، وتتصف بالحرفية، وهناك تكون صعوبة في فهم أوزان الشعر (Bushwick , 2000 , 51).

الطفل التوحدي مرتفع الأداء قد يتمسك بالمعنى الحرفي في سياق ما فإذا قلت "سألقي بنفسي من النافذة" فإنه يفسر ذلك حرفياً فيظن أن المتحدث فعلاً سوف يلقي بنفسه من النافذة، ولديه صعوبة في استخدام اللغة في سياقها الاجتماعي فعلى سبيل المثال: نقص الفهم في المواقف الاجتماعية (Klin et al., 2005).

ويتصف أطفال التوحد بالاستخدام المتقطع للغة، حيث إنهم يملكون رصيداً كبيراً من الكلمات، لكن لا يملكون المقدرة على استخدام هذه الكلمات في محادثات ذات معنى، وهذه هي المشكلة التي يعاني منها أطفال التوحد(محمد الفوزان، 2003، 34).

ومن أهم اضطرابات تعلم اللغة الشاذة: ذاكرة سمعية جيدة للأغاني المتعلمة حرفياً، والأحرف والأرقام، فهم الكلمات المفردة وخصوصاً الأسماء أفضل من فهم الجمل، شذوذات ملحوظة في شكل أو محتوى الكلام بما في ذلك كلام نمطي وتكراري، واستعمال خاص للكلمات والجمل، تعلم لغة تعبيرية بطريقة شاذة، وتكون على شكل مصاداة بدون فهم المعنى (إبراهيم الزريقات، 2004، 81-82).

4. عدد من الأطفال التوحديين لا يطورون اللغة الوظيفية على الإطلاق في الواقع (Charman &Baron-Cohen, 1977) والبعض الآخر يبدي قصوراً في الاستخدام الواقعي للغة شملت الاستخدام المقيد المحدود للكلام الوظيفي (Stone & Caro-Martinez, 1990) ويشير (الجانب العملي أو الواقعي للغة الى طريقة الاستخدام والفهم لكل من التواصل اللفظي وغير اللفظي لانجاز الأهداف اللُغوية)، فهم يستخدمون اللغة ليعبروا بها عن احتياجاتهم الخاصة بهم.

وفي الأوضاع المنظمة يستطيع الأشخاص التوحديون أن يستعملوا اللغة لوظائف أكثر منها في حالة الأوضاع غير المنظمة، وهكذا فإن الأطفال والأشخاص التوحديين أكثر استخداماً للغة في صفوفهم لها في أوضاع أخرى (وفاء الشامي، 2004، 234).

5. المحادثات Conversations الاستجابة على نحو مناسب في المحادثات، والتعبيرات غير اللفظية، ونمو الصداقات، والتفاعلات الاجتماعية (Gonzalez-Lopez &Kamps , 1997) تكون هامة. والمحادثات بين التوحدي والآخرين: يفشل الطفل التوحدي في إدراك الموضوع الأساسي أو المركزي للمحادثة، كما يفشل في تعلم أنماط سلوكية مناسبة لإجراء محادثات مع الآخرين، كما أن الجانب الإنساني في البيئة يبقي مخيفا له، ومربكا، ومشوشا، وهو عاجز عن رؤية الأنماط في البيئة، لذلك فهو لا يستطيع التنبؤ بما سوف يحدث، كما أن أولوياته وتنظيم المدخلات الحسية لا تكون جيدة (Zentall &Zentall , 1983 ; Dawson &Lewy , 1989 ; Ungerer , 1989)

والأشخاص التوحديون يعانون صعوبة في أخذ أدوارهم أثناء الحديث، وكثيراً ما يقاطعون الحديث بمعلومة لا صلة لها بموضوع الحديث الجاري، وتدور أحاديثهم عادة حول عدد محدود من الموضوعات، وتكون من الموضوعات المستحوذة على اهتمامهم(الطائرات، القطارات، الجغرافيا، والإعداد، وما الى ذلك، كما يتحدثون عن موضوع دون أن يأخذوا في اعتبارهم ما إذا كان الشخص الذي يتحدثون إليه يفهم ما يقولون أو لا يفهم، كما أن لديهم صعوبة في إضافة أي معنى جديد للمحادثة (وفاء الشامي، 2004، 239-241).

تفسير أسباب الاضطراب الكلامي واللُغوي لدى الأفراد التوحديين

يمكن تفسير أسباب الاضطرابات الكلامية واللُغوية لدى الأفراد التوحديين من خلال النقاط التالية:

1. يرتبط الاضطراب الكلامي واللُغوي بمستوى التطور العقلي، فالأطفال التوحديون الذين لديهم مستويات تطور ذهني منخفضة يحتمل أن تكون لديهم صعوبات في قواعد اللغة. وهكذا فإن صيغ الأفعال (بالدلالة الصحيحة على

أزمانها) والحروف (كحرف الجر، وحرف نصب الأفعال وجزمها، والحروف الأخرى) ستأخذ من الأشخاص التوحديين وقتاً أطول قبل إتقانها بالمقارنة مع الأشخاص غير التوحديين (وفاء الشامي، 2004، 224).

2. انتهت نتائج دراسة مينشو وجولدشتين(Minshew & Goldstein , 1998) الى أن الدمج النسبي للنظام البصري المكاني يكون به عجز واضح لدى الأطفال التوحديين فعلى سبيل المثال الأفراد التوحديون من المستوى الوظيفي المرتفع لديهم صعوبات كبيرة في تتبع التعليمات المعقدة المتتالية.وتشير نتائج دراسة كَميو وتوتشي (Kamio &Toichi, 2000) الى أن التوحديين في التحضير الدلالي يؤدون أفضل على مهام تكملة صور الكلمات من مهام تكملة الكلمة-الكلمة).

3. يفقد الطفل التوحدي الاتصال اللفظي وغير اللفظي، ويأتي قصور الاتصال اللفظي نتيجة عدم قدرة طفل التوحدي على تفهم الرموز اللغوية، وما هو المفروض أن تنقله إليه من معاني، حيث إن الأصوات العالية قد لا تثير استجابة لديه، في حين أنه قد يستجيب لحفيف الأشجار أو ورق الجريدة، ونتيجة لعدم الفهم هذا فإنه لا يستطيع إتقان الكلام للتعبير (سعد رياض، 2008، 50).

4. يمكن أن تنشأ المشكلات بين الأشخاص إما لأن الشخص التوحدي يعجز عن تفسير مؤشرات غير معلنة عن السن أو المكانة الاجتماعية، وإما لأنه لا يستطيع تكييف سلوكه بما يتوافق مع تلك المؤشرات (سعد رياض، 2008، 51).

المصاداة (ترديد الكلام) Echolalia

تُعتبر المصاداة من أكثر السمات اللُغوية شيوعاً في التوحد، وتصيب حوالي 75٪منهم، حيث يكرر الطفل الكلام بنفس الطريقة.

وتنقسم المصاداة الى ثلاث أنواع:

1. **المصاداة الفورية Immediate Echolalia**: وهي تحدث بعد سماع الكلمات مباشرة والتي قيلت خلال ثوان من العبارة المسموعة، وهي تكرار لنفس الكلمات المنطوقة وهي تتكون من مقطع أو أكثر من مقطع متشابه من كلام المتكلم أو المتحدث، وهي ترديد جامد لنفس الكلمات أو الجمل المنطوقة (Prizant &Duchan , 1981).

2. **المصادات المتأخرة Delayed Echolalia**: وهي تحدث بعد دقائق أو عدة أيام حيث يسترجع الطفل الجمل أو الكلمات من الذاكرة طويلة المدى على عكس المصادات الفورية التي تحدث من خلال التذكر المباشر.
3. **المصادات المخففة Mitigated Echolalia**: وهي ترديد للكلمات أو الجمل بعد حدوث تعديلات فيها، حيث يغير الطفل أو يبدل أو يضيف أو يغير في نبرة الصوت،وهذا يدل على فهم الطفل للغة الاستقبالية، وهي قد تكون متأخرة في معظم الأحيان، وقد تكون فورية (Prizant , 1987).

أهم مشاكل المصادات الفورية

المصادات الفورية تكون مشكلة بالنسبة للتوحديين لعدة أسباب:

- أنها تتداخل مع التعلم في السياق الاجتماعي فعلى سبيل المثال يرى المعلمون والآباء أنه يكون من الصعب تعلم الطفل الذي يردد التعليمات بدلاً من الاستجابة بطريقة مناسبة، وهذا يؤثر على جهود الدمج لأن المصادات من الممكن أن تكون معرقلة للبيئة الفصلية.
- كما أنها تكف نمو العلاقات الاجتماعية مع الأسرة والأقران.
- والمصادات تكون وصمة للأطفال التوحديين.
- أنماط اللغة المنحرفة الملاحظة تكون مثابرة في الأطفال التوحديين بالرغم من البرامج المعدة لتقليص المصادات لديهم (Sullivan , 2002 , 9-10).
- وتبلغ ذروة المصادات في الأطفال العاديين المرحلة العمرية ما بين سنتين وسنتين ونصف السنة، بينما تستمر لدى التوحديين حتى مرحلة المراهقة أو مرحلة الرشد.

متى تحدث المصادات

1. تزداد المصادات في الأوضاع غير المنظمة أو في الأوضاع الجديدة وغير المألوفة: ويرجع ذلك الى أن الأطفال التوحديين يجدون صعوبة في تفسير البيئة.
2. تزداد المصادات في الأوضاع التي تتسم بأعباء تتطلب درجة عالية من الإدراك وفهم الإرشادات اللغوية.

3. تزداد المصاداة في أوضاع لا يفهم فيها الأشخاص التوحديون الكلمات والجمل التي تقال لهم.
4. تزداد المصاداة أثناء الانتقال من نشاط الى آخر، أو من مكان الى آخر(وفاء الشامي، 2004، 260-261).

وظائف المصاداة

1. روجعت المصاداة على أنها: اكتساب اللغة في الأطفال التوحديين، كما أنها تمثل مرحلة هامة من مراحل نمو اللغة وأخذ الدور، أو تسمية لشيء ما، فمعظم الأطفال التوحديين كبار السن يبدون أشكالاً متقدمة من اللغة، قد انجزوا ذلك من خلال المصاداة في مرحلة عمرية مبكرة. فقد أظهرت نتائج دراسة ماكفوي وآخرين (McEvoy et al., 1988) معدلات مرتفعة من المصاداة تحدث في مراحل النمو اللُغوي المبكرة، ومع تقدم لغة الأطفال وتطور المهارات المعرفية فإن المصاداة تنخفض معدلات انتشارها.
2. معظم الترديدات تكون لأخذ الدور في المحادثات وهو توجه الطفل في استجابة الترديد للراشدين ومحاولة لإظهار الفهم، وقد فسرت المصاداة لخدمة الأداء الوظيفي، فالطفل هو الذي يستخدم المصاداة للمحادثات التبادلية مع الآخرين والمحافظة على استمرارية التفاعل (Prizant &Duchan , 1981)

تفسير المصاداة عند التوحديين

فُسر لجوء الأطفال التوحديين الى المصاداة في ضوء:

1. يعتقد بريزنت (Prizant , 1982 , 1983) أن الأسلوب الكلي أو الجشطلتي يكون مفيداً في تفسير اكتساب اللغة في الأطفال التوحديين، فالأطفال يستخدمون الطريقة التحليلية وهي الأكثر شيوعاً في الأطفال العاديين، وهي ترتبط بتقدم الطفل من كلمة الى أخرى ثم نطق كلمات (أو عبارات) متعددة معتمداً على الاكتساب أو القواعد اللغوية، ويؤدي هذا الى التوليد والمرونة في إنتاج النطق، وعلى النقيض فإن الطريقة الكلية هي استخدام الأسلوب الكلي مثل نطق كلمات متعددة دون أن يفهم الطفل الأجزاء المكونة لها فهماً حقيقياً، وحيث إن

الطفل التوحدي يتأخر في نطق الكلمات الأولى مقارنة بالطفل العادي، فإن التوحديين يتعلمون اللغة بالطريقة الكلية من خلال المصاداة، ويعتقد برزانت أن الأطفال التوحديين من ذوي الأداء الوظيفي المرتفع والذين لديهم إمكانيات معرفية كبيرة يتحركون عبر متصل من العمليات الكلية الى التحليلية، وهؤلاء الأفراد أخيراً يكونون أكثر مرونة، ومنتجين للغة والتي تجعلهم ينطقون المقاطع في وحدات ذات معنى، وعلى النقيض فإن التوحديين الأقل أداءاً وظيفياً يبقون عند العمليات الكلية لإنتاج اللغة بأسلوب جشطلتي.

2. أو أنهم يرددون الكلام لخفض حدة التوتر والقلق الذي يعانون منه، كما أنها تساعد بعض الأفراد التوحديين على تخزين هذه المعلومات في الذاكرة.
3. أو قد تعزى الى صعوبات في الفهم والتجهيز المعرفي الذي من المحتمل أن يساهم في حدوث ذلك. أو قد ترجع الى قصور في قدرة الطفل التوحدي على التركيز.
4. كما قد تبدو المصاداة أنها لا تقدم أية منافع للطفل التوحدي، فهي تحدث عندما يكون الطفل مشوشاً وفي حالة من الخوف أو من الألم، وفي هذه الحالة تفسر المصاداة على أنها هروب من المثيرات الانفعالية السلبية، وهذا التعزيز السلبي من المحتمل أن يزيد من تكرار المصاداة، لأن الطفل تعلم أنها تكون طريقة فعالة للهروب من التحديات والمواقف الباعثة على عدم الشعور بالارتياح (Prizant & Duchan , 1981)
5. كما قد ترجع الى قصور الأطفال التوحديين في التواصل، فالطفل التوحدي في أثناء تعرضه للمواقف والتي تكون مليئة بالأسئلة والتعليقات، يجد صعوبات باللغة في إعطاء استجابات مناسبة (Dipipi et al., 2001).
6. والتفاعل اللفظي لأنماط التواصل وأنماط النطق المستخدم أثناء المحادثات له تأثير دال على تكرار وأنماط المصاداة لدى الطفل التوحدي (Rydell , 1989).

الفصل الثالث

السمات السلوكية

- اضطرابات نقص الانتباه/ النشاط الزائد
- اضطرابات النوم
- اضطرابات الأكل
- اضطرابات الإخراج
- السلوك العداوني
- السلوك النمطي

الفصل الثالث

السمات السلوكية

سلوك الطفل التوحدي محدود وضيق المدى، كما أنه تشيع في سلوكه نوبات انفعالية حادة، وسلوكه هذا لا يؤدي الى نمو الذات، ويكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للجميع.

ومن أبرز السلوكيات لدى التوحديين: ADHD، وسلوكيات لاإرادية مثل رفرفة اليدين، وهز الجسم ذهاباً وإياباً، ويظهر الطفل قصوراً واضحاً في دافعيته إزاء المثيرات الموجودة في البيئة المحيطة به، ويميل التوحديون إلى انتقاء مثير محدد بصورة مفرطة، كما يفضل التوحديون أن تسير الأمور على نمط محدد دون تغير، ويشعرون بقلق زائد عند محاولة تغير نمط محدد قد تعودوا عليه، ويبدون سلوكاً عدوانياً وإيذاء للذات.

ونتناول فيما يلي أهم هذه السلوكيات:

اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد

Attention Deficit/ Hyperactivity Disorders (ADHD)

تعد اضطرابات نقص الانتباه/ النشاط الزائد من أكثر الاضطرابات شيوعاً لدى الأطفال في المراحل العمرية المبكرة والمتوسطة، وهي تتواجد في جميع المجتمعات تقريباً رغم اختلاف الثقافات والعادات فيها.

تعريف اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد

يرجع النشاط الزائد إلى مجموعة من المشكلات السلوكية التي تميل إلى أن تحدث معاً، وتوصل باركلي (Barkley ,1985) إلى وصف الطفل الذي يعاني من النشاط الزائد بعد دراسة أجراها لهذا الغرض، بأنه هو الطفل الذي يجد صعوبة في التعامل مع الآخرين، وهو كثير الحركة بدون داع، ويبدو دائماً مشتت الانتباه ولا يستطيع إتمام أي عمل سواء في اللعب أو الواجبات المدرسية.

ويتسم سلوك الأفراد الذين يعانون مما نقص الانتباه/ النشاط الزائد بالعدوانية، وتحدي النظام، وتدني القدرة على ضبط الذات (الاندفاعية)، والنشاط الحركي المفرط، وفي قصور الانتباه يفشل الطفل في الإصغاء أو التركيز للمهمة، والأطفال صغار السن الذين لديهم اضطراب في الانتباه غالباً يتحركون بسرعة من نشاط إلى آخر، وعندما يوجه إليهم أي سؤال، غالباً يعجزون عن إعطاء تفسير لما سيقومون به. كما تظهر عليهم علامات السرحان، كما أنهم غير مدركين لعواقب أفعالهم عند اندفاعهم، وتكون استجاباتهم للمواقف بسرعة وبدون ترو، ومقاطعة الآخرين في محادثاتهم، وتكون قراراتهم انفعالية متسرعة. (Wilson ,1998 , 77).

والاندفاعية هي التهور في إصدار الأفعال والأقوال عندما يتعجل الطفل بالإجابة على سؤال المعلم بأول فكرة تطرأ على ذهنه، كما يتسرع بالإجابة قبل أن ينتهي المعلم من إلقاء سؤاله، كما يجد صعوبة في ضبط اندفاعاته، ويدفع بعنف أو يقوم بضرب الأطفال الآخرين، ويتحركون دوماً من مهمة غير مكتملة الى أخرى، وأما الاندفاعية في أوضاع غير مدرسية تتضمن : الركض في الشوارع بدون روية، وتسلق أماكن تمثل درجة مرتفعة من الخطورة عليهم، وانتزاع أشياء خطرة مثل المقلاة من على الموقد بشدة وبدون تفكير بالعواقب.

وتتضح أشكال النشاط المفرط من خلال التململ، والتملص، واللعب بأي شيء متاح، وفي الفصل يتردد الطفل كثيراً على الحمام، ويسأل عن مبراة الأقلام .(Schwiebert & Sealander , 1995)

كما أن هناك الكثير من المشكلات الانفعالية مثل الغضب، الاكتئاب، القلق والتي من الممكن أن تكون النتيجة المصاحبة لنقص الانتباه والنشاط الزائد .(McKinney , et al., 1993)

والسلوك غير الاجتماعي حيث الاعتزال، والقليل من الأصدقاء، والنزعة الشديدة للعراك والضرب والمنازعات، ونقص في الضبط الانفعالي حيث تزايد تحطيم قيمة الذات، وغياب أو الازدياد المفرط للقدرة على التعاطف، ونقص الإحساس بالواقع، وفقدان الشجاعة (سامر جميل، 2007، 548).

معدلات انتشار اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد

يستمر ما نسبته 50٪ الى 70٪ من الأطفال المصابين باضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد لديهم الأعراض التشخيصية لهذا الاضطراب عندما يصبحون مراهقين، وأن ما نسبته 8٪ الى 33٪ تستمر لديهم الأعراض الى سن الرشد، وهذا الأمر يجعلنا نفترض نسبة انتشار بمعدل 1.5٪ -4٪ لدى المراهقين، و 1٪ -2٪ لدى الراشدين (ماريني ميركولينو وآخرون، 2003، 29) ويرى كينج وزملاؤه (King , et al. , 2000 , 2602) أن هذه النسبة تتراوح ما بين 9 إلى 18٪.

أسباب اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد

يرجع اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد إلى عوامل وراثية، وبيولوجية، واجتماعية ونفسية منها:

أولاً : العوامل الوراثية Genetics Factor

بالرغم من الأدلة العلمية غير القاطعة حول أثر العوامل الوراثية في تطور هذا الاضطراب، إلا أن هناك بعض نتائج الدراسات التي تشير إلى وجود أثر للعوامل الجنينية والتكوينية. وتلعب العوامل الوراثية دوراً هاماً في الإصابة بالنشاط الزائد، وذلك إما بالطريقة المباشرة من خلال نقل الموروثات التي تحمل السمات وتؤدي إلى تلف أو ضعف بعض المراكز العصبية المسئولة عن الانتباه بالمخ، أو بطريقة غير مباشرة من خلال نقل هذه الموروثات لعيوب تكوينية تؤدي إلى تلف أنسجة المخ والتي بدورها تؤدي إلى ضعف نموه بما في ذلك المراكز العصبية الخاصة بالانتباه (السيد علي، فائقة بدر، 1999).

ثانياً : العوامل البيولوجية

إن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد يعانون من تلف بسيط أو إصابة في القشرة الدماغية. ومن الأسباب العضوية الأخرى الأورام ونقص الأكسجين الواصل للخلايا الدماغية والتعرض للأشعة، واضطراب المواد الكيميائية إما بالنقص أو الزيادة أو الناقلات العصبية، ويمكن توضيح ذلك في النقاط

التالية : خلل وظائف المخ ، الخلل الكيميائي للناقلات العصبية، النمو العقلي والمعرفي للطفل، خلل في بعض الحواس أو وظائفها (السيد علي، فائقة بدر،1999، 39 -40).

ثالثاً : الأسباب العصبية الحيوية

تشير الأدلة البحثية البيولوجية الى أن أسباب اضطراب الانتباه ترجع الى وجود شذوذ أو خصائص غير عادية في الجهاز العصبي المركزي، وقد انعكست هذه النظرة من خلال استخدام مفهوم الخلل الوظيفي المخي البسيط خلال الخمسينيات والستينيات من القرن الماضي، أما الدراسات الأكثر حداثة فتشير الى وجود قصور وظيفي وخاصة في الفصوص الأمامية من المخ (فتحي الزيات، 1998، 313).

رابعاً : العوامل البيئية Environmental Agents

تعرض الأم أثناء الحمل للإشعاع، أو تناول المخدرات أو الكحوليات أو بعض العقاقير الطبية أو تعرضها لبعض الأمراض المعدية كالحصبة الألمانية، أو الزهري أو الجدري أو السعال الديكي أو غيرها يؤدي إلى تلف الدماغ في مراكز الانتباه، وهذا التلف يؤدي إلى بعض التشوهات والعيوب الخلقية.

الحوادث: إصابة مخ الجنين أثناء الولادة أو إصابة الطفل بعد الميلاد وفي سنوات طفولته المبكرة بارتجاج في المخ نتيجة حادث.

الأمراض المعدية: فتعرض الطفل لأي عدوى ميكروبية أو فيروسية كالحمى الشوكية، أو الالتهاب السحائي، أو الحمى القرمزية أو الحصبة الألمانية يؤدي إلى إصابة المراكز العصبية بالمخ المسئولة عن الاضطراب.

التسمم بالتوكسينات: مثل التسمم بمادة الرصاص، التي تدخل في طلاء لعب الأطفال الخشبية، وطلاء الأقلام الرصاص وغيرها، وعندما تزداد نسبة الرصاص في الدم تتلف بعض الخلايا العصبية المسئولة عن النشاط الزائد (حسن مصطفى، 2003، 44).

سوء التغذية أثناء الحمل، إدمان الأم للكحول، البيئة المنزلية المُهينة، أو الإضافات الغذائية (كالألوان، والمواد الحافظة، والنكهات).(Sealander, et al., 1993) .

الغذاء : قد توصل فينجولد وآخرون Feingold et al., 1976 إلى أن النشاط الزائد له ارتباط بالسلع الغذائية وما يضاف إلى كثير من الأطعمة من نكهات صناعية، وألوان، ومواد حافظة (عبد العزيز الشخصي، زيدان السرطاوي، 1999).

وقد أظهرت نتائج بعض الدراسات أن تناول أنواع محددة من الأغذية مثل تلك التي تحتوي على السكريات والمواد الحافظة والنكهات الصناعية وحامض الساليسيك تساهم إلى درجة كبيرة في حدوث مثل هذا الاضطراب لدى الأطفال، لاسيما إذا كان هناك إفراط مستمر في تناولها دون رقابة من الأسرة.

خامساً: العوامل الاجتماعية والنفسية Psychological& Social factors

تلعب العوامل الاجتماعية والنفسية دوراً كبيراً وبارزاً في حدوث مثل هذا الاضطراب وتطوره لدى الأطفال من قبيل عدم الاستقرار داخل الأسرة، وسوء المعاملة الوالدية.

اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد لدي التوحديين

تنطبق على الأطفال التوحديين الكثير من سمات ADHD فهم يظهرون حركات تدل على التململ والضجر، والتحرك الزائد، وغالباً ما يكونون في حركة دائمة مستمرة، كما أنهم مندفعون في سلوكياتهم.

وتراوحت معدلات انتشار ADHD في الأطفال التوحديين في عمر المدرسة ما بين 8٪ الى 23٪. ووجد فومبون (Fombonne et al. 2001) أن الأفراد التوحديين لديهم معدلات مرتفعة من النشاط الزائد مقارنة بالعاديين.

وانتهت نتائج دراسة إلرس وجيلبيرج (Ehlers & Gillberg , 1993) الى أن معدل انتشار ADHD في الأطفال التوحديين بلغ 80٪. وأسفرت نتائج دراسة فريزر وآخرين (Frazier et al., 2001) الى أن 83٪ من الأطفال التوحديين في عينتهم يقابلون محكات ADHD. وتشير نتائج دراسة جولدشتين وسكوباتش (Goldstein& Schwebach, 2004) الى أن معدلات انتشار ADHD في عينة بلغ قوامها 28 طفلا توحديا كانت 59٪. وتشير نتائج دراسة ليفير وآخرين (Leyfer et al., 2006) الى ارتفاع معدلات النشاط الزائد لدى الأطفال التوحديين. أما نتائج دراسة سيمونوف وآخرين (Simonoff, et al., 2008) فقد أسفرت عن أن معدلات انتشار ADHD في الأطفال التوحديين بلغ 28٪.

وتشير أندريا (Andrea , 2009, 9) الى أن نتائج الدراسات التي تناولت ADHD لدى الأفراد التوحديين تراوحت معدلات انتشارها ما بين 17- 74 ٪.

وعلى هذا فمعظم المشكلات السلوكية لاضطراب نقص الانتباه / النشاط الزائد متصلة بالاندفاعية، فهم غير قادرين على البقاء في مكان واحد مهما كانت الفترة قصيرة، ولا توجد لديهم القدرة على التأجيل، ولديهم صعوبات في تحمل التغيرات في الروتين، كما قد يكونون عدوانيين، ولديهم صعوبات في القدرات الوظيفية المعرفية، وهم لا يتحملون الإحباط، وغير ناضجين، كما أن لديهم مشكلات تعليمية تعيق الانجاز والتحصيل (إبراهيم الزريقات، 2004، 96-97).

وقد أرجعت بعض الدراسات أن سبب اضطراب التوحد قد يرجع الى نفس أسباب حدوث النشاط الزائد ونقص الانتباه، والكروموسومات التي تكون مسئولة عن هذين الاضطرابيين هي (5P12, 16P13, 17P11) وذلك في المسح الجيني لكل من التوحد وADHD (Ogdie et al., 2003, Smalley et al., 2002).

ويفسر ADHD لدى التوحديين في ضوء التلف المخي المكتسب، وعجز كبير في التنسيق الضابط والتحول الإرادي السريع للانتباه بين الجوانب الحسية (Courchesne et al , 1994 , 856).

اضطرابات النوم Sleep Disorders

مقدمة

النوم حالة من الهدوء تشمل الجهاز العصبي والعضلات كما يدل على ذلك تسجيل النشاط الكهربائي للمخ وانخفاض التوتر العضلي في حالة النوم العميق (لطفي الشربيني، 2001، 25).

والنوم سلوك عام يظهر لدى كل الكائنات الحية بداية من الحشرات الى الثدييات. وإنه يكون ضرورياً للكائنات الحية لأن الحرمان الطويل من النوم يؤدي الى عجز معرفي وبدني شديد وأخيراً الى الموت، والنوم مجدد للطاقة والنشاط، ومهم لتنظيم حرارة الجسم، وعامل مساعد على إعادة الوعي (Sadock & Sadock , 2008 , 346).

ويقضي الإنسان ثلث حياته في النوم تقريباً، أي أن معظمنا يقضي ما يقرب من ثلاثة آلاف ساعة كل عام في النوم ويحتاج الوليد في الأسبوعين الأولين إلى نوم 16.5 ساعة تقريباً في اليوم الواحد، في حين أن نوم طلاب الجامعة في المتوسط يتراوح بين 8:7 ساعات في اليوم، وبعد عمر الخمسين تنخفض الساعات الكلية للنوم إلى أقل من ست ساعات (أحمد عبد الخالق 2001، 3).

ومن أهم اضطرابات النوم: الأحلام المزعجة والتململ بالفراش، وفي سن العاشرة تحدث قمة هذه الاضطرابات (معظم البنات في هذا العمر يعانين من هذه الاضطرابات) وأخيراً يقل حدوث هذه الاضطرابات وبسرعة عند كلي الجنسين. وبالرغم من أن اضطرابات النوم خفيفة ومؤقتة إلا أنها شائعة في الطفولة (سعيد حسني، 2002 – ب، 155).

وتؤدي اضطرابات النوم الى الإحساس بالضيق والقلق، والى الانجاز المتدني (Bonnet , 1994) والشعور بالإرهاق، والتعب، وسرعة الغضب، وضعف التركيز، والتآزر، والعدوان، وسوء الإدراك، والتشويه(Horne , 1988).

وتحدث اضطرابات النوم اضطرابات كبيرة لأنشطة الأسرة المعتادة، وتؤدي الى استنزاف قاس للمصادر الانفعالية والجسمية للأسرة (Norton &Drew, 1994 , 70)

تعريف النوم

هو حالة متكررة من انعدام الفعالية أو السبات، تقترن بفقدان الوعي المؤقت وانخفاض الوعي المؤقت وانخفاض مستوى الشعور بالمؤثرات المحيطة، وهو حالة استقرارية سكونية، والنوم يختلف عن فقدان الوعي المطلق بسبب المخدر أو المرض، وذلك في سهولة عودة النائم إلى مستوى اليقظة بمجرد إفاقته من نومه أو إيقاظه، كما أن النوم يتيح للجسم فرصة تنظيم واستعادة النشاط الداخلي، وتعبئة الطاقة لممارسة الحياة اليومية، فهو ضرورة لحفظ التوازن الحياتي، نظراً لأنه عملية فسيولوجية كيميائية نفسية تعيد للكائن البشري توازنه الفسيولوجي (زكريا الشربيني، 2002، 117).

ويمكن تعريف النوم أيضاً بأنه " حالة طبيعية متكررة، يتوقف فيها الكائن الحي عن اليقظة وتصبح حواسه معزولة نسبياً عما يحيط به من أحداث (حسان شمسي، 1993، 25).

ويمر النوم بسلسلة من المراحل المتكررة تبدأ بمرحلة الدخول في النوم، وفي هذه المرحلة تقل الاستجابة للمؤثرات الخارجية، وترتخي العضلات، وتزداد موجات ألفا (هي موجات تعبر عن النشاط الكهربائي للمخ وهي من (8-12 موجة/ ثانية) في تخطيط الدماغ الكهربائي (عبد الكريم الحجاوي، 2004،80).

أسباب اضطرابات النوم

- أسباب جسمية (المرض الجسمي – الجوع – الشبع الزائد – بلل الفراش- برودة – ارتفاع حرارة حجرة النوم). أسباب نفسية (تخويف الطفل كي ينام – قص القصص المخيفة للطفل – عدم تعود الطفل على النوم مبكراً بمفرده.
- أخطاء الوالدين في التنشئة، التدليل الزائد، حيث إنه يجعل الطفل يتعلق بالأم ولا يستطيع البعد عنها، وهذا يجعل النوم خبرة مؤلمة لأنه يحرمه من أمه ويفصله عنها ويجعله وحيداً، القسوة والعقاب البدني، الخلافات الأسرية المزمنة والتهديد بالانفصال بين الوالدين.
- فقدان أحد الآباء.
- عدم القدرة على تنظيم مواعيد النوم واليقظة (بسبب مشاهدة التليفزيون - الأمراض المزمنة مثلاً).
- تناول كميات كبيرة من الأكل أو الشيكولاتة قبل النوم (تحتوي الشيكولاتة على الكافيين الذي يعيق الاسترخاء).
- الأسباب البيئية (الضوضاء الخارجية، تغيير مكان النوم).
- مشاهدة الأفلام المزعجة أو المرعبة قبل النوم.
- تناول القهوة أو الشاي قبل النوم.
- القلق المزمن والاكتئاب.
- تغيير مواعيد العمل.
- النوم الزائد خلال اليوم.
- الأمراض الصحية المزمنة.

- تكرار الحاجة إلى الذهاب إلى دورة المياه (الإصابة بالسكر مثلاً) (مجدي الدسوقي: 2006) (Lindsay & Jahamshahi, 1994, 590).
- أو يرجع الى التكوين الشبكي بالمخ الأوسط فهو الذي يحفظ الإنسان متيقظاً، فإذا ما عكف على عمله يبدأ الإنسان في النعاس بسبب البعد عن الضوضاء، والرتابة، والهدوء الذي يساعد على كف مركز اليقظة عن العمل، وأنه يستيقظ في حالة وجود منبه ما (خارجي أو داخلي) ينتقل عبر المسارات العصبية الصاعدة حتى يصل إلى التكوين الشبكي فيستيقظ الإنسان على الفور (أحمد عكاشة، 1993، 248- 249).

أنواع اضطرابات النوم

1. **اضطراب الكابوس الليلي Nightmar Disorder**: هو حلم مزعج مخيف مرعب يراه الطفل أثناء نومه، يؤدي إلى الإزعاج الشديد مع اليقظة وانقطاع استمرار النوم في اللحظة التي يبلغ فيها الخوف قمته ويبلغ الانفعال والهلع ذروته، وقد يصرخ الفرد أو يستنجد طالباً للخلاص (زكريا الشربيني، 2002، 122).

إن الأحلام العادية تحدث عند الأطفال في سن الثلاث سنوات ولكنها ليست مزعجة. والطفل يصرخ ومن ثم يسكت بسهولة وفي سن 4.5- 5 سنوات تزداد الأحلام السيئة في تكرارها وفي حدتها. إن الكوابيس الكلاسيكية هي خوف فريد وليست مثل الأحلام العادية إنها تتضمن صراخاً عالياً مفاجئاً، بينما يكون النوم مصحوباً بقلق شديد وعرق وتعابير ثابتة على الوجه وصعوبة في التنفس، تشعر الطفل بأنه مختنق وكأن شيئاً ثقيلاً يجثم على صدره ويصبح مذعورا، ويستيقظ بعد الكابوس ويمكن تسكينه بسهولة. (سعيد حسني، 2002- ب،لا 165).

ويعاني من 10-15٪ من الأطفال في المرحلة العمرية من 3-5 سنوات من كوابيس شديدة، وفي جمهور الراشدين يذكر حوالي 50٪ خبرة الكابوس في مناسبات مختلفة، ومع ذلك لا توجد نسب دقيقة لانتشار اضطراب الكابوس. (جمعة سيد، 2000، 159).

ويعزى الكابوس الى مشكلات نفسية، وإن الذين يعيشون ظروفاً أسرية واجتماعية غير طبيعية أكثر عرضة من غيرهم للكوابيس أثناء النوم، كما أن سماع الطفل قصصاً خرافية، أو مشاهدته أفلاماً مرعبة قبل النوم تكمن خلف تعرض كثرة من الأطفال لهذا النوع من الاضطرابات، ويتزايد لدى الطفل عند وجود ضغوط نفسية، أو يرجع الى إرغام الوالدين للطفل على النوم (زكريا الشربيني، 2002، 122).

2. **اضطراب فزع النوم Sleep Terror Disorder**: صعوبة شائعة عند الأطفال الصغار في سن ما قبل المدرسة والسن المدرسي وتختفي بعد البلوغ. ومن أعراضه استيقاظ الطفل خائفاً مذعوراً بسبب حلم مزعج مرعب فيجلس في سريره صارخاً باكياً في فزع شديد أو واقفاً أو مسرعاً نحو الأم أو الأب أو غيرهما، ويكون شاحب الوجه يتنفس بنهجان وتسرع دقات القلب، ويتصبب عرقاً، وقد تنتابه الهلاوس البصرية أو السمعية عن وجود حيوان مفترس أو شخص مخيف أو أشباح تطارده في الحجرة، ويكون الطفل مشوش الفكر غير واع بمن حوله، ويكون من الصعب إيقاظه أو تهدئته ويستمر في فزعه أو ذعره بعض الوقت، ولا يستجيب لمن حوله في طمأنته، وبعد فترة تستمر من 15 – 30 دقيقة يعود الطفل الى نوم طبيعي عميق، ولكنه يستيقظ في الصباح لا يتذكر شيئاً مما حدث بالليل (حسن مصطفى، 2003، 128).

وفزع الليل يختلف عن الكابوس، فالطفل هنا لا يكون قادراً على تذكر أو استعادة ما سبب له الرعب بعد أن يستيقظ في الصباح، ويبدأ هذا الاضطراب في الفئة العمرية من 4 – 12 سنة، ويختفي نهائياً عند بلوغ المراهقة في كثير جداً من الحالات.

ولا توجد أسباب واضحة خلف هذه النوبة، وإن كانت مشاعر الخوف التي تغرسها الأم في نفس الطفل تجعله أكثر عرضة للرعب الليلي، وتكثر النوبات كلما كان الطفل مجهداً (زكريا الشربيني، 2002، 123).

3. **اضطراب المشي أثناء النوم Sleep Walking Disorder** : عادة يمشي الطفل بعد أن ينام فترة من ساعة إلى ثلاث ساعات، وقد ينتهي النوم بعد دقائق قليلة ويعود

إلى النوم، وأحياناً تستمر الحالة نصف ساعة، أو أكثر يقوم الطفل خلالها ببعض الأعمال المفيدة، أو المخربة، أو عديمة الجدوى وهو لا يدري بما يحدث.

وفي بعض الأحيان يتحدث ويناقش وقد يجيب عن الأسئلة باقتضاب لكنه غير واع تماماً لما يدور حوله، فإذا أعادته الأم إلى فراشه نام وأكمل نومه، دون أن ينفعل أو يمانع في ذلك، ولا يتذكر فيما بعد عندما يستيقظ شيئاً مما حدث (محمد عودة، كمال مرسي، 1986).

وتبلغ نسبة الأطفال الذين حدثت لهم نوبة واحدة على الأقل في سن ما قبل مرحلة المراهقة بداية من عمر بعد سن المشي 10-30 %، وهذا الاضطراب حميد ويختفي في سن المراهقة ولاسيما حوالي سن 15 سنة (بطرس حافظ،2008، 325).

إن تخطيط الدماغ أثناء النوم يكشف عن ظهور نوبات بطيئة متزايدة في الشدة في المرحلة الرابعة من النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة، ويسبق ظهور هذه الموجات حدوث النوبة مباشرة، ولكن عند بدء الشخص بسيره أثناء النوم، يظهر خليط من الموجات المميزة لكل مراحل النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة وضعف فرق الجهد، ويصاحب المشي أثناء النوم بالكلام الذي يكون عادة كلمات قليلة غير مميزة، أو قد تكون في حالات أخرى نوبات طويلة من الكلام عن حياة الشخص، ولكنه لا يكشف عن أسرار عميقة (عبد الكريم الحجاوي، 2004،227).

4. **الإفراط في النوم Hypersomnia**: وهي حالة من الاستغراق في النوم لفترات طويلة، حيث تزداد ساعات النوم، وقد تكون كثرة النوم تعبيراً عن صراع نفسي أو هروباً من واقع معين، كذلك قد تكون تعبيراً عن حالة من الاكتئاب والقلق كما في بعض الأمراض العصبية، وفي هذه الحالة يكون النوم نوعاً من أنواع النكوص بعيداً عن آلام الحياة الخارجية وقد يحدث أحياناً انقلاب في مواعيد النوم، فينام الفرد نوماً عميقاً في الصباح الباكر ويصحو بعد الظهر، ويكون في أحسن حالات التنبه عندما يأوي الناس إلى فراشهم في المساء (محمد جميل منصور، 1984، 62).

وغالباً ما تكون هذه الحالة مصحوبة باضطرابات عقلية، وكثيراً ما تكون في الواقع عرضاً لاضطراب وجداني ثنائي القطب (أثناء نوبة الاكتئاب) أو اضطراب اكتئابي متكرر أو نوبة اكتئابية، ولكن في بعض الأحوال لا تستوفي المعايير لتشخيص اضطراب عقلي آخر وذلك بالرغم من وضوح درجة الاضطراب النفسي، والنوم المفرط هو نقيض الأرق، وقد يأتي في نوبة واحدة طويلة وقد يأتي على أكثر من فترة في اليوم الواحد (جمعة سيد، 2000، 148-149).

ويسبب فرط النوم توتراً أو ضيقاً نفسياً شديداً أو خللاً في كفاءة أداء الشخص الاجتماعي، أو المهني (محمد أحمد، 2006، 89-87).

وقد يكون لطبيعة ونظام البيت وانعدام عناصر التشويق دور في ذلك الاضطراب، مثلما نجد في مؤسسات اللقطاء وبعض مدارس رعاية ذوي الحاجات الخاصة التي تفتقر الى الترويح والمرح والمناشط الرياضية، ويعاني بعض الأطفال من إفراط النوم، نتيجة فقر الدم أو نقص هرمون الغدة الدرقية أو سوء التغذية أو تناول بعض الأدوية، وربما عاد الى بعض إصابات الجهاز العصبي كالتهاب السحايا التدرني (زكريا الشربيني، 2002، 121).

5. **شلل النوم Sleep paralysis**: وهو عدم استطاعة الحراك وثقل الجسم الشديد الذي يمنع الإتيان بحركة إرادية للطفل النائم فيفيق من النوم فجأة، وبالرغم من استعادته وعيه، يبدو غير متمكن من أقل حركة (زكريا الشربيني، 2002، 125).

وتفسر هذه الحالة بأنها انقلاب في النوم بحيث يحدث تحول سريع من النوم العميق إلى النوم الخفيف أو العكس. وقد يحلم الشخص بأنه مقيد لا يستطيع الحركة أو الجري وسرعان ما يوضع حد للحالة بمجرد لمس النائم أو النداء عليه، ويستعيد القدرة على الحركة بعد الاستيقاظ وانتهاء النوبة (سامي عبد القوي، 1995، 279).

6. **الكلام أثناء النوم Sleep Speech**: ترديد الطفل مجموعة من الكلمات أو الجمل المفيدة أو غير المفيدة أو الغناء أو إلقاء نشيد أو النداء لإعادة شيء، أو تحقيق رغبة، وقد يردد ذلك بانفعال أو نبرة تأثير، وربما يكون الكلام بصراخ أو استنجاد

أو عتاب أو تهديد أو فرحة أو ضحك، وعادة يكون الكلام أثناء النوم بكلمات قليلة لا يمكن تمييزها، وتحدث في الفترة العمرية بعد سنتين.

إن التكلم أثناء النوم غالباً ما يمارسه الأطفال بشكل مألوف مرة أو أخرى، وهو يعكس أفكار أو نشاطات اليوم السابق، ويعكس هذا الكلام الانغماس في موقف مقلق مثل الفشل في موضوع في المدرسة، خلال المرض خاصة في حالات الحُمى (شيفر وملمان، 2006، 211).

7. **هلاوس النوم Hypnagonic Hallucination**: وهي حالة تحدث للأسوياء، ويرى فيها الفرد قبل النوم مباشرة أو بعده مباشرة صوراً وهمية كالتي ترى في الأحلام أو يسمع أصواتاً أو ربما يحس إحساسات نفسية، وهذه الحالات طبيعية رغم ندرتها، وقد وجد أن الفرد يكون في حالة من النوم النقيض Paradoxical sleep أو النوم السريع الذي يسمى أحياناً النوم الحالم، والنوم غير المتزامن وهو الذي يتميز بحركات العين السريعة وتحدث أثناء الأحلام (أحمد عكاشة، 1993).

8. **الأرق Insomnia**: يشبه الأرق الرقاد المصحوب بالتقلب وكثرة الحركة، وهو حالة يتعذر فيها على الطفل النوم (زكريا الشربيني، 2002، 120).

ويأخذ الأرق أحد الأشكال التالية :

- التأخر في الدخول الى النوم (أرق بداية النوم) والذي يحتمل أن يكون أكثر أشكال الأرق شيوعاً.
- صعوبة الدخول في النوم (النوم المتأخر) وهو تأخر الدخول في النوم بعد الذهاب الى الفراش لمدة لا تقل عن ساعة.
- النوم المتقطع وهو أن تتخلل النوم فترات من الصحو مرتين على الأقل في الليلة الواحدة، مع صعوبة العودة الى النوم، وعدم كفاية الشخص من النوم، دون أن يكون للصحو ليلاً سبب عضوي مثل ألم أو كثرة تبول ليلاً، وبدون سبب ظرفي مثل حالة الأم التي تصحو استجابة لبكاء رضيعها. (محمد أحمد، 2006، 86).

- الشعور بالتعب بعد النوم، يحتمل أن يكون الأرق استجابة وقتية لاضطراب انفعالي، أو الكوابيس، أو اختناق النوم، نتيجة لوضع فيزيقي كالتعب أو الإنهاك الشديد.
- عدم انتظام أوقات النوم (أديب محمد، 2006، 442).

إن الأرق ليس حالة نادرة عند الأطفال خاصة عند المراهقين وإن الدراسات الحديثة على طلاب المدارس الثانوية أوجدت بأن حوالي 12٪ منهم يعانون من اضطرابات حادة في النوم، بينما 37٪ منهم قالوا بأنهم يعانون من اضطرابات نوم خفيفة، أما في حالة الكبار 15-30 سنة فهم يشكون من أرق مزمن (شيفر وملمان، 2006، 215).

وأن معدل انتشار الأرق لدي الراشدين خلال عام تراوح ما بين 30 الى 40٪ لدى الراشدين (Sadock & Sadock , 2008 , 348).

ويرجع الأرق الى الرغبات المكبوتة للطفل، والشعور بالذنب أو الخوف من الوقوع في الخطأ، ومضايقة الطفل من زملائه في المدرسة أو الروضة، وتغيير مكان النوم، أو إرهاق جسدي أو توتر، الحرمان من الأم أو المشكلات الأسرية. أو قد يعزى الى اضطراب نفسي آخر، أرق يعزى الى سبب عضوي معروف، أرق أولي (عبد الكريم الحجاوي، 2004،353).

كما قد يرجع الأرق الى الإصابة ببعض الأمراض التي تسبب ألماً مثل حالات التهاب المفاصل والذبحة الصدرية وقرحة المعدة والإثني عشر وآلام الأسنان أو الأذن والمغص الكلوي والمعوي والمراري. أو ينتج عن الإفراط في تعاطي المنبهات كالشاي والقهوة أو تعاطي الأدوية مثل مركبات الأمفيتامين والافدرين والكافيين (عبد اللطيف موسي، 1985، 119).

9. **اضطرابات النوم المرتبط بالتنفس Breathing –Related Sleep Disorder:**

تتميز اضطرابات النوم المرتبط بالتنفس بنوبات من توقف التنفس المؤقت الذي يستمر لمدة عشر ثوان أو أكثر أثناء النوم، وقد لا يكون المصاب على علم بوجودها، إلا أنه يشعر بحاجة ماسة الى النوم أثناء النهار مع ضعف في التركيز،

وقد يؤدي ذلك الى إعاقة الفرد في عمله أو حياته الاجتماعية، وقد تؤدي الحالات الشديدة الى ارتفاع ضغط الدم، واسترخاء القلب، وجلطة في القلب أو في الدماغ (حسان شمسي، 1993، 136).

ويقدر انتشار اضطراب النوم المرتبط بالتنفس بحوالي 1٪-10٪ من جمهور الراشدين، ولكنه قد يزداد عند الأفراد الأكبر سناً، أما لدى الأطفال الأصغر سناً فإن الأعراض الدالة عليه تكون قليلة وغير واضحة، وبالتالي فإن التشخيص يكون أكثر صعوبة (جمعة سيد، 2000، 156).

معدلات انتشار اضطرابات النوم لدى التوحديين

تشير الدراسات المسحية الى أن اضطرابات النوم تكون الأكثر انتشاراً بين الإناث عنها بين الذكور، وأنها تصبح أكثر انتشاراً وتكراراً بتقدم العمر (حسن مصطفى، 2003، 120).

وثلثا الأطفال التوحديين يبدون اضطرابات في النوم (Richdale , 2001). ووفقاً لتقارير الوالدين فإن معدلات انتشار اضطرابات النوم لدى التوحديين تتراوح ما بين 9٪ الى 50٪ شملت : الأرق، وفرط النوم النفسي المنشأ، واضطرابات النوم المرتبط بالتنفس (Allik et al., 2006)

بينما يشير ريتشديل، ريتشديل وبراير، جونسون، وجيز وستورز (Richdale , 2001; Richdale &Prior, 1995 ; Johnson , 1996 ; Wiggs &Stores , 1996) الى أن معدلات انتشار اضطرابات النوم لدى التوحديين المقررة من قبل الوالدين لدى أبنائهم التوحديين تتراوح ما بين 44-83٪ ومعظم التقارير الوالدية تؤكد على مشكلات النوم التي تتضمن : صعوبات في النوم، وقلة النوم، وعدم النوم في سريره الخاص، والاستيقاظ مبكراً، والصراخ أثناء النوم، والكوابيس.

وعدم الانتظام في النوم، والاستثارة المتكررة في النوم، وفترات طويلة من الأرق (Rapin , 1991)

وفي بداية واستمرارية النوم أو النوم المفرط أو المتزايد، المشي أثناء النوم، وطحن الأسنان اللاإرادي (Schreck &Mulick , 2000; Diomedi et al.,1999)

;Godbout et al., 2000 ; Elia et al., 1999) وهناك القليل فيما يتعلق باضطرابات التنفس أثناء النوم(Richdale , 1999).

وأظهرت نتائج دراسة، رتشديل وآخرين، باتزولد وآخرين ,.Richdale et al) Patzold et al., 1998 ; 1995) الى تكرار المشي أثناء النوم، والتحدث أثناء النوم، والكوابيس لا تختلف بين الأطفال العاديين والتوحديين.

وانتهت نتائج دراسة ثيريومليو وآخرين (Thirumalai et al , 2002) الى إصابة 5 أطفال من أصل 11 طفلا توحديا بحركات النوم السريعة واضطراب السلوك أثناء النوم.

وانتهت نتائج دراسة وليامز وآخرين (Williams et al., 2004 , 265) الى المشكلات التالية للنوم لدى الأطفال التوحديين : صعوبات الدخول في النوم، النوم القلق والمفزع، عدم الدخول في النوم في سريره الخاص، الاستيقاظ المتكرر، المشي أثناء النوم كان أقل شيوعاً، الصداع في الصباح، الصراخ أثناء النوم، الكوابيس، ومشكلات في النوم لم تكن مرتبطا بعمر الأطفال، والنوم المتدني مرتبطة بالنوم أثناء الليل، والنمو المتدني يكون مرتبط بالاستيقاظ من النوم ليلاً، وقد أكدت الدراسة على ارتفاع معدلات انتشار النوم لدى الأطفال التوحديين المقررة من قبل والديهم.

وأسفرت نتائج دراسة ليو وآخرين (Liu et al., 2006, 179) عن أن متوسط ساعات نوم الأطفال التوحديين البالغ عددهم 108 أطفال ، متوسط أعمارهم 8.8 سنة، وجد أن 16٪ من العينة ينامون مع والديهم، 86٪ من الأطفال على الأقل لديهم مشكلة واحدة في النوم تقريباً كل يوم، شملت 54٪ يقومون من النوم، 56٪ يعانون من الأرق، 25٪ يعانون من اضطرابات التنفس أثناء النوم، 45٪ لديهم مشكلات في الاستيقاظ في الصباح.

والأطفال التوحديون معرضون لمخاطر اضطرابات النوم بصرف النظر عن أعمارهم أو نسب ذكائهم (Honomichl et al., 2002).

تفسير اضطرابات النوم لدى الأفراد التوحديين

1. الاضطرابات النفسية والتي تشمل الاندفاعية، والعدوانية، ونوبات الغضب، وإصابة الذات، والسلوك التدميري، والحركة الزائدة، والقلق، والاكتئاب.

2. أن الأفراد التوحديين حساسون للمثيرات البيئية للمس والضوء والصوت، أو الحركات الشاذة في الحجرة التي يستلقي بها الطفل، وكل هذه الاضطرابات من الممكن أن تساهم في حدوث اضطرابات النوم.
3. الشذوذ في الهيبوثلاموس، الغدة النخامية، وتنظيم الإيقاعات Circadian والتغييرات في الهرمون/ المواصلات العصبية (ميلاتونين – السيروتونين) (Richdale &Prior , 1995)
4. انتهت دراسة وليامز وآخرون (Williams et al., 2004 , 265) إلى وجود ارتباطات بين مشكلات النوم والمشكلات الطبية: مشكلات في الإبصار، مشكلات في التنفس، نزلات البرد، تكون مرتبطة بانخفاض النوم. الحساسية الزائدة، والصرع، والربو، والطقوس وقت النوم، وتناول العقاقير الطبية، والتاريخ الأسري في مشكلات النوم تكون مرتبطة باضطرابات النوم لدى هؤلاء الأطفال .(Liu et al., 2006, 179)

اضطرابات الأكل Eating Disorders

يمثل الغذاء بالنسبة للطفل أحد الحاجات البيولوجية الأساسية التي تحافظ على وجوده واستمراره في الحياة (Maslow, 1970).

والتغذية أو الأكل عملية حيوية بالنسبة للطفل في سنواته المبكرة، نظراً لأنها تلبي حاجاته الأساسية، ولكونها نشاطاً من أجل البقاء، ولتكرارها مرات عديدة كل يوم ولارتباطها في ذهن الطفل بالأم (حسن مصطفى،2003، 37).

ومن الثابت علمياً أن الحياة الانفعالية للطفل لها أثر ضار على عملية الهضم، فالأكل المرتبط بالخوف والغضب والثورة والعناد يعطل ويقلل من فاعلية عملية الهضم مما يضر بنمو الطفل وصحته العامة، وإن التمثيل الغذائي يحتاج إلى جو نفسي هادئ وحالة نفسية غير مضطربة، كما أن الانفعالات الضارة بل حتى انفعال الفرح يؤدي في الغالب إلى ضعف الشهية عند الطفل، والآباء المرضى بالقلق النفسي يقلقون كثيراً على صحة أبنائهم ويعتبرون كثرة الأكل دليلاً على صحة الطفل، بل يدفعون

الطفل إلى الأكل لدرجة قد تصل به للتخمة، وذلك كوسيلة من وسائل إنقاص توتر الآباء المرضى بالقلق النفسي (ملاك جرجس، 1993، 8 – 9).

ويلاحظ في كثير من الدراسات أن عجز الطفل عن الحصول على ما يكفيه من السعرات الحرارية يؤدي إلى تناقص في نشاطه، وفي حالات الحرمان الشديد أو المجاعات يصاب الأطفال بالتبلد وانخفاض النشاط، ولا يقتصر الأمر على كمية الطعام التي يتناولها الفرد، فقد لوحظ أن الحرمان من كمية الغذاء المناسبة ومن نوع الطعام الملائم يجعل التعليم غير مثمر، كما لوحظ أن منح التلاميذ وجبات غذائية تحتوي على العناصر الغذائية إلى جانب الفيتامينات الهامة تؤدي إلى تحسن واضح في الصحة العامة وزيادة النشاط، والقدرة على التركيز (محمد جميل منصور، 1984، 16).

ويمكن تعريف اضطرابات الأكل بأنها اضطراب في سلوك تناول الطعام، وعدم الانتظام في تناول الوجبات، ما بين الامتناع القهري عن تناول الطعام، أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده، وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد، وقد تصاحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد (زينب شقير،14،2002).

مشكلات الأكل لدى الأطفال

أولاً: مشكلة الرضاعة

لا تقتصر أهمية عملية الرضاعة على مجرد إطعام الطفل وتغذيته. إذ أن الأم حين ترضع طفلها تضمه الى صدرها وتلاعبه وتداعبه. ويحس الطفل من خلال ذلك بالحب والعطف والطمأنينة، ثم تعمم هذه المشاعر إلى الآخرين، ويبدأ الطفل حياة سليمة، تمضي به إلى حسن التوافق الانفعالي والاجتماعي في المستقبل، لذا ينصح علماء النفس الأمهات اللائي يرضعن أطفالهن بالزجاجة أن تحمل الأم طفلها وتضمه الى صدرها كما هو الحال في الرضاعة الطبيعية، حتى يشعر الطفل بحنانها وحرارتها (سعد جلال، 1985، 126، محمد شعلان 1977، 39– 41).

تتعدد مشكلات الرضاعة في الآتي:

توجد بعض المشكلات التي يمكن ظهورها أثناء عملية الرضاعة منها ما يلي:

1. رفض الثدي: يرفض بعض الأطفال التقاط الثدي إذا أعطي له، وأسبابها ترجع إلى :

- أحياناً يضغط ثدي الأم على أنف الطفل الرضيع ويسبب له صعوبة في التنفس، والطفل لا يستطيع أن يبلع ويرضع ويتنفس في آن واحد.
- تقديم الثدي للطفل بعد فترة طويلة من الولادة.
- شعور الطفل بعدم ارتياح الأم وهدوئها (زكريا الشربيني، 2002، 155).
- إذا كان الطفل لا يحصل على ما يكفيه من لبن.
- إذا كان تركيب اللبن الكيميائي يؤدي إلى صعوبات في تمثيله، أو إذا كان يسبب له مغصاً أو تقلصاً في المعدة.
- إذا كان بثدي الأم إمداد زائد من اللبن يندفع إلى حلق الطفل، بأقل ضغط على الحلمة، فلا يستطيع الطفل الرضاعة، ويحدث ذلك في التغذية الصناعية.

2. إذا كان الغذاء الطبيعي يكون له غذاء آخر لا يقدم بطريقة سليمة، كأن يكون ساخناً، أو إذا أدى استمراره إلى صعوبة في الهضم.
3. إذا كان الطفل لا يستطيع البلع (سرجيون انجلش، جيرالد بيرسون، 1980، 27- 28).

ثانياً: فقدان الشهية العصابي Anorexia Nervosa

فقدان الشهية العصبي: هو عدم الانتظام في تناول الطعام، ودائماً يظهر في شكل (جوع) وهو اضطراب يوجد بشكل جزئي وليس كلياً في الإناث المراهقات، والشخص المصاب بفقدان الشهية العصبي ينقص لديه وزن الجسم تدريجياً، وينتج عن شعور الجوع هذا إفراز هرمونات وتغييرات أخرى تؤدي إلى انخفاض درجة حرارة الجسم، وانخفاض سرعة ضربات القلب، وانخفاض استجابة المناعة، وتوقف الدورة الشهرية (لدى الإناث) لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر متتالية(زينب شقير، 1999).

معدلات انتشار فقدان الشهية العصبي

يحدث المرض غالباً في الفتيات المراهقات والشابات من النساء، ولكن قد يصاب به الفتيان المراهقون والشباب فتبلغ نسبته بين الذكور والإناث 1 الى 20 على

التوالي، ومن الممكن أن تبدأ هذه الحالة قبل عمر 10 سنوات وإن كان أكثر من 80٪ من الحالات تقع في الفئة العمرية 13- 20 سنة، وتصاب به النساء الأكبر سناً حتى سن انقطاع الدورة الشهرية (أحمد عكاشة، 2003، زكريا الشربيني، 2002، 147).

ويقدر نقص الوزن لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب فقدان الشهية العصبي بين 10٪ الى 50٪ وأنهم يتميزون بفقدان أوزانهم الأصلية، ويقدر نقص الوزن لدى هؤلاء المرضى بأنه قد يصل الى 15٪ على الأقل من وزنهم الأصلي(أحمد عبد الخالق، 1997، 32-33).

وانتهت نتائج دراسة هوك (Hoek, 1993) الى أن معدلات انتشار فقدان الشهية العصبي في عينة من الأفراد تتراوح أعمارهم ما بين 13-35 سنة كانت 27٪ بينما أسفرت نتائج دراسة فومبون (Fombonne , 1995) الى أن معدلات انتشار هذا الاضطراب لعينة من الأفراد تراوحت أعمارهم ما بين 15 الى 20 سنة كانت 18٪.

ومعدلات انتشار فقدان الشهية العصبي تكون مرتبطة بالاكتئاب في 65٪ من الحالات، وبالفوبيا الاجتماعية في 34٪ من الحالات، وبالوسواسي القهري في 26٪ من الحالات (Sadock & Sadock , 2008 ,333).

وهذا الاضطراب متباين الشدة من مريض لآخر، ففي بعض الأشخاص لا يستمر المرض إلا نوبة واحدة فقط، وفي البعض الآخر يستمر المرض في التأرجح بين استعادة الوزن الطبيعي والانتكاس مرة أخرى، وقد يؤدي هذا التأرجح في تطور المرض الى فترات من الإقامة بالمستشفيات، ويوجد أقلية من المرضى لا يشفون أبداً (محمد السيد، 2000-ب، 229).

أعراض فقدان الشهية العصبي

ذكرت العديد من المراجع في هذا الصدد أن اضطراب فقدان الشهية العصبي يظهر في الأعراض الآتية : انخفاض الوزن، اضطرابات المعدة (تتراوح ما بين الإمساك الحاد والإسهال الشديد وعوامل أخرى تتراوح ما بين الشعور بالانتفاخ...الخ، الاستسقاء أو تجمع السوائل بالجسم، الجفاف (للجلد والحلق)، حدوث زرقان في الأطراف، نوبات من الصرع، السرقة، الدخول في حفلات الأكل

ثم السرعة في التقيؤ العمدي أو أخذ ملينات حتى لا يبقى الطعام في معدته (أو يستفيد منه الجسم)، التدقيق في اختيار أنواع معينة من الطعام (غالباً ما تكون ذات سعرات حرارية منخفضة)، القيام (أو إجبار الشخص لنفسه) بالعديد من الأنشطة البدنية الشاقة رغبة منه في (حرق) الدهون التي (يدرك) أنها (متراكمة) في أماكن كثيرة بالجسم، التحديق في المرآة بهدف الاطمئنان على أنه لم (يزد وزنه بالصورة الملفتة للنظر – حتى وإن كان الأمر على غير ذلك)، تناقص الاهتمام بالجنس، أو توقف ممارسته مع شريكة الحياة أو شريك الحياة نهائياً، حدوث تغييرات في الجلد والشعر والأظافر والأسنان، إن غالبية (مضمون الأحلام) تدور حول (الجسد البدين) وأنه (لا شعورياً) يرغب في أن يكون جسده (في المعدل الطبيعي – حتى وإن كان الأمر على عكس ذلك) (Eagles et al., 1990 , 119- 123).

أنواع فقدان الشهية العصبي

يجب أن نفرق بين نوعين هما:

1. فقدان الشهية العضوي: ويعرف بأنه فقد جزئي أو كلي للشهية، ويكون ذلك نتيجة لأسباب عضوية جسمية في المقام الأول، كما يعد مصاحباً لعدد من الأمراض العضوية والنفسية (أمراض الهضم الخطيرة، سرطان المعدة، والقولون) كما تحدث بشكل تقليدي في حالات التهاب الكبد الوبائي المعدية، وفي اضطرابات الغدد الصماء (مثل نقص إفراز الغدة الدرقية أو انخفاض وظائف الغدة النخامية) كما أن فقدان الشهية العضوي، قد يكون من بين أعراض مرض السكر، أورام المخ وغيرها. (أحمد عكاشة، 2003).
2. فقدان الشهية العصبي: يعرف برفض الفرد للطعام، أو التقيؤ المتعدد بعد الأكل مباشرة، مما يتسبب عنه انخفاض ملحوظ في وزن الجسم، ويسمى أحياناً بالتجويع الذاتي المرضي ABNORMAL SELF- NARVATION وهو أحد اضطرابات الأكل. ولذلك يمكن أن نحمل الاضطرابات الأساسية في فقدان الشهية العصبي بأنها تشمل الشهية، وسلوك الأكل، وصورة الجسم (أحمد عبد الخالق، 1997، 32- 33).

أسباب فقدان الشهية العصبي

1. **أسباب بيولوجية:** في الأعوام الأخيرة من القرن العشرين ظهر افتراض بأن فقدان الشهية العصبي يرتبط بالاضطراب ثنائي القطب ونوبات الاكتئاب الرئيسي، على أساس أن مرضى فقدان الشهية العصبي والشره العصبي يظهرون في تاريخهم المرضي معدلاً مرتفعاً لاضطراب الوجدان، كما أن معدل انتشار اضطراب الوجدان لدى أقاربهم من الدرجة الأولى أعلى منه لدى عامة الناس، وفوق ذلك يوجد شذوذ للهرمونات العصبية يشبه ما لوحظ في مرضى الاضطراب الوجداني (Kaplan & Sadock , 1999)).
2. **أسباب جسمية:** مثل معاناة الطفل من أمراض في الفم أو الأسنان، أو التهاب اللوزتين، أو الإمساك، وسوء الهضم.
3. **أسباب نفسية:** يرجع اضطراب العلاقات داخل الأسرة والسيطرة المفرطة من قبل الأسرة التي تمنع الطفل من أن يكون متسقاً في احتياجاته الجسمية : فإكراه الطفل على الطعام دون مراعاة لحاجاته الجسمية يهيئ لاضطراب الشهية العصبي (محمود حمودة، 1991، 203) وتفقد الشهية نتيجة للخوف والقلق والغضب والحزن، أو لفقدان الشعور بالأمن.
4. **أسباب لا شعورية:** ذهبت نظرية التحليل النفسي إلى أن الكثير من المريضات يبدو أنهن يربطن بين البدانة والحمل وبالتالي بالجنس الذي ينفرن منه ويحاولن كبته (أحمد عكاشة، 2003) وتذهب بعض النظريات الدينامية إلى أن فقدان الشهية العصبي ينتج عن وجود علاقة اعتمادية (من المريضة) مع أب دافئ عاطفياً ولكنه متنح عن دوره في البيت، يصاحب ذلك بشعور بالذنب على العدوان الذي تستشعره الفتاة تجاه أم متناقضة. (محمود حمودة، 1991، 204).
5. **أسباب ثقافية اجتماعية** : يعد سبباً من أسباب فقدان الشهية العصبي المعايير الثقافية والاجتماعية المحيطة بالمجتمع وما تنشره وسائل الإعلام من أن المرأة النحيفة مثال للجمال، مما يجعل بعض الفتيات وربما الأطفال الكبار يلجأون إلى اتخاذ نوع قاس من التخسيس.

ثالثاً : الشره العصبي Bulimia Nervosa

يعرف الشره العصبي على أنه "زملة تتميز بنوبات متكررة من الإفراط في الأكل وانشغال شديد بالتحكم في وزن الجسم، يؤدي بالمريض الى نمط من الإفراط في الأكل، يليه قيء أو استخدام الملينات. ويشترك هذا الاضطراب في كثير من السمات النفسية، مع فقدان الشهية العصبي بما فيها الاهتمام الشديد بشكل ووزن الجسم (أحمد عكاشة، 2003).

ويعرف الشره العصبي كذلك على أنه "التناول القهري لكميات كبيرة من الطعام أكثر مما يأكله معظم الأولاد، ويتم التهام الأكل بسرعة شديدة ويشعر الفرد بعدم القدرة على التحكم في سلوك الأكل" (عماد مخيمر، هبة محمد،2006، 247).

ويعرف اضطراب الأكل الشره Bingo eating بأنه تناول كمية كبيرة من الطعام تفوق بكثير ما اعتاد الأفراد الآخرون أن يأكلوه في ظروف مشابهه وذلك في فترة زمنية قصيرة، وتشير الفترة القصيرة من الزمن إلى فترة محدودة تكون عادة أقل من ساعتين (جمعة سيد، 2000، 103).

معدلات انتشار الشره العصبي

تشير بعض الدراسات إلى أن معدل الانتشار لدى الإناث يصل إلى 4.5٪ ولدى الذكور 4٪ (محمود حمودة، 1991، 210). بينما انتهت نتائج دراسة سميث وكريسي (Smith &Krici 1991) الى أن 12.8٪ من الذكور، و13٪ من الإناث يعانون من شره في تناول الطعام.

ومعدلات انتشاره لدى الإناث صغيرات السن يتراوح ما بين 2 الى 4٪. ويبدأ غالباً متأخراً في المراهقة (Sadock & Sadock , 2008 , 338). فيصاب به حوالي 8٪ من المراهقين والطالبات في عمر الجامعة (راضي الوقفي، 2003، 327-328).

وتبلغ معدلات انتشار اضطراب الشره العصبي في المتوسط 0.9 (Fairburn &Beglin , 1990)

مظاهر وأعراض الشره العصبي

يمكن تلخيص هذه المظاهر والأعراض والتي تتباين وفقاً لما يلي :

- الوقت الذي قضته المريضة التي تعاني من هذا الاضطراب من معاناة الشره (إدمان المرض).
- قدرة الجسم على تحمل الخلل أو انعدام التوازن الكيميائي فيه.
- تكرار وانتظام عملية الشراهة والتقيؤ.
- نوعية الطعام الذي يتم تناوله خلال نوبة الشراهة والتقيؤ.
- الانشغال الدائم والتفكير المستمر (الذي يقترب من القهر) في الأكل، ونهم لا يقاوم إلى تناول الطعام.
- الأكل فترات متقطعة من الوقت (مثلاً خلال ساعتين) مع تناول كمية من الطعام قطعاً تكون أكبر من التي يتناولها أغلب الناس خلال هذه الفترة وفي نفس هذه الظروف.
- الإحساس بصعوبة التحكم في الأكل أثناء النوبة.
- بعض مرضى الشره يكونون ضمن معدل الوزن الطبيعي، والبعض الآخر يكون ما فوق الوزن أو ما تحت الوزن.
- انقطاع الدورة الشهرية لدى الإناث أو عدم انتظامها فترة لا تقل عن ثلاثة أشهر (زينب شقير، 2004، 40-41).
- حوالي نوبتين في الأسبوع لمدة على الأقل تستمر ثلاثة شهور.
- الاضطراب لا يحدث فقط أثناء النوبات وإنما قبلها أو بعدها (عبد الرحمن العيسوي، 2004، 141).

أسباب حدوث الشره العصبي

- **أسباب وراثية:** لوحظ أن الآباء المصابين بهذا الاضطراب تغلب عليهم البدانة، كما لوحظ أن نوبات الاكتئاب الأساسي تكثر بين أقارب الدرجة الأولى للمصابين بالشره العصبي (زينب شقير 2005، 301- 302، محمود حمودة، 1991، 210).
- **أسباب جسمية :** كاضطراب الغدد الصماء، أو الإصابة بالديدان، أو عدم ممارسة الأنشطة الرياضية، أو دخول مرحلة المراهقة مما يتطلب كمية من الطعام.

- **أسباب نفسية :** الشعور بعدم الأمن والاكتئاب واليأس، وزيادة العدوانية، وزيادة وقت الفراغ، والرغبة في إرضاء الوالدين بالتهام كميات كبيرة من الطعام، والشعور بالوحدة فالطفل غير الآمن وغير المرغوب فيه يعاق عن تكوين مصادر خلاقة للإشباع، فيجد في الطعام المنفذ الوحيد لمشاعر القلق والعجز. وقد يكون شعور الطفل بالشقاء هو أحد أسباب الشراهة، خاصة الشعور بالشقاء والوحدة في سن الرابعة عندما ينفصل وجدانياً عن والديه، فإن لم تكن لدى الطفل المقدرة على عمل صداقات مع أطفال آخرين فإنه يشعر بالوحدة، ويعوض هذا الشعور جزئياً بأكل كميات كبيرة من الأطعمة الدسمة والحلويات وغيرها بالإضافة، لذلك فقد ترجع شراهة الطفل إلى قلقه على دروسه في المدرسة أو من أية مشكلة أخرى فيكون الغذاء بديلاً للحب والحنان إذا افتقدهما لسبب ما، فيفرط في الطعام سعياً وراء إشباع النفس عن طريق ملء المعدة (كلير فهيم، 1993، 47- 48).
- **أساليب المعاملة الوالدية :** قد يحدث الشره العصبي لدى الطفل نتيجة لتدليله الزائد من الأم أو خوفها البالغ على صحته، أو ربط بعض الأمهات بين الصحة وزيادة الوزن فتستمر في إطعام الطفل بغض النظر عن احتياجاته الفعلية، كما أن تعرض الطفل للإساءة الجسمية أو النفسية أو الجنسية، وعدم الرغبة الوالدية الكامنة تعتبر أيضاً عوامل مهمة في نشأة الشره العصبي. كذلك فإن عدم وجود ضوابط وقواعد سلوكية والدية محددة داخل الأسرة خاصة قواعد ونظم الأكل، وعدم تعويد الأبناء على العادات السليمة، لتناول الأكل ووجود مشكلات أسرية يساهم في مشكلة الشره العصبي، أيضاً فإن حرمان الطفل من أكل الكمية الكافية للطعام من الوالدين يؤدي إلى الشره.
- **أسباب ثقافية واجتماعية :** حيث إن معظم الثقافات تشجع الوزن المثالي لأنه يرتبط بالجاذبية الجسمية لأن هذا الوزن يزيد من فرص إقامة علاقات مع الآخرين، ويزيد من فرص العمل، ويزيد من تحرر الفرد من الشحوم والدهون التي تعوق حركته وتسبب له أضراراً صحية، كما أن الوزن الزائد يؤدي إلى العزلة وانخفاض تقدير الذات، ولذلك فإن النحافة وتجنب السمنة هي أحد الأهداف

المهمة والتي تؤدي إلى الشعور بالقيمة لدى المراهقين خاصة الإناث (Steinberg & Johnson , 1990, 401).

رابعاً : الانحراف الغذائي Pica

يقصد بالانحراف الغذائي أو فساد الشهية (أكل مواد غير صالحة) هو التناول الدائم للمواد غير الصالحة للأكل مثل التراب، وطبقات الطلاء، الأزرار، الزلط، والقماش، الرمل، القاذورات، ورق الشجر، الزجاج.

والمظهر الأساسي للأكل الشاذ هو الأكل المستمر لمواد لا تصلح للأكل وذلك لفترة شهر على الأقل، هذا وتميل المواد الشاذة التي تؤكل للتغير عبر العمر، فالرضع والأطفال الصغار يأكلون الدهانات والمواد اللاصقة، والخيط، والشعر. أما الأطفال الأكبر سناً فقد يأكلون روث الحيوانات، والرمل، والحشرات. والمظهر الأساسي للاضطراب الاجتراريRumination Disorder هو الاسترجاع المتكرر وإعادة مضغ الطعام لدى الرضيع أو الطفل بعد فترة من الأداء السوي، ويستمر لفترة شهر على الأقل، ويتم استرجاع الطعام المهضوم جزئياً الى الفم دون غثيان، أو تقيؤ، أو اشمئزاز واضح واضطراب معدي معوي مصاحب، وعندئذ قد يتم إما لفظ الطعام من الفم أو يمضغ ويعاد بلعه وهو الشكل الأكثر تكراراً (جمعة سيد، 2000، 95-96).

معدلات انتشار الانحراف الغذائي

الأطفال في عمر سنة ونصف لدى أغلبهم اشتهاء لتناول مواد غير مغذية، وإن كان هناك ما لا يقل عن 25٪ من الأطفال يستمرون في هذه العادة بعد ذلك، ويبدأ كاضطراب في سن العامين وغالباً يختفي فيما بعد.

وتقدر نسبة انتشار الانحراف الغذائي من 10٪ إلى 32٪ بين الأطفال من سن سنة حتى 6 سنوات، حيث تنخفض النسبة عند ما يبلغ الطفل عشر سنوات إلى 10٪ تقريباً. وعند الأطفال الكبار والمراهقين ذوي الذكاء العادي يقل انتشار هذا الاضطراب. كما يؤثر على كل من الجنسين (حسن مصطفى، 2003، 74).

أسباب الانحراف الغذائي

- نقص التغذية مثل نقص الكالسيوم والحديد والرصاص الأمر الذي يدفع الأطفال إلى ذلك السلوك.

- عدم الرعاية الوالديه وشدة الحرمان الأسري.
- سوء العلاقة بين الأم والطفل التي ينتج عنها عدم إشباع الاحتياجات الفمية فيعبر عنها الطفل بالبحث عن أكل مواد غير صالحة للأكل.
- العوامل النفسية للطفل.
- عوامل ثقافية لدى بعض الشعوب لوحظ أن لها علاقة بأكل الطين لدى الحوامل، وأكل مواد غريبة لدى الأطفال.

معدلات انتشار اضطرابات الأكل لدى التوحديين Eating Disorders & Autism

الطفل التوحدي الرضيع من الولادة الى الشهر الثالث يفتح فمه لزجاجة الإرضاع أو لثدي أمه ويرضع، ومن الشهر الثالث الى الشهر التاسع يأكل طعام الرضع بالملعقة ويصل الى زجاجة الإرضاع ويمسكها، ومن الشهر السادس الى الشهر التاسع يمضغ الطعام، ويشرب من الكوب بمساعدة، ومن الشهر التاسع الى الشهر الثاني عشر يطعم ذاته بأصابعه ويشرب من الكوب.

وفقدان الشهية العصبي يكون موجود في حالات التوحد بين ذوي الأداء الوظيفي المرتفع على الرغم من أن كثيراً من الباحثين يشير الى أن هذا الارتباط ربما يرجع الى الصدفة (Bolte et al., 2002) .

ويرفض التوحدي مضغ الطعام الصلب، ولا يأكل أو يشرب إلا ما اعتاد عليه فقط كما يأكل مواد غير صالحة للأكل مثل التراب، والحجارة، والزجاج، والدهان. ومشكلة المزاجية المفرطة إما في الإصرار على تناول طعام معين أو الإصرار على أن يقدم الطعام، ويرتب بنفس الطريقة على السفرة (بطرس حافظ، 2007، 179-180).

كما أنه من الصعب إرضاؤهم في الأكل لأنهم لا يأكلون إلا عدداً محدوداً من الأطعمة، ولديهم شهية عندما يتناولون الأطعمة التي يفضلونها فقط.

ولديهم حساسية زائدة للتكوين أو الطعم أو الرائحة مما يجعل الإحساس بالأكل غير مرغوب فيه مع تلذذ الآخرين به، قلة الحساسية للأكل تزيل بعض الطعم المشوق للطعام (رائد خليل، 2006، 145).

يعاني الأطفال التوحديون من سوء امتصاص للفيتامينات والغذاء، وأشار الإكلينيكيون الى الإسهال والأطعمة غير المهضومة بأنها شائعة لدى التوحديين، وأيضاً التوحديون يعانون من سوء الهضم للأطعمة، والدليل على ذلك هو ثبوت ارتفاع ببتيدات البول Urinary Peptides (سعد رياض، 2008، 51).

وانتهت نتائج دراسة كولينز وآخرين (Collins et al., 2003, 137-155) إلى أن التوحديين يجدون صعوبة في مهارات إطعام أنفسهم، ومشاكل في المضغ والبلع. وانتهت نتائج دراسة وليامز وآخرين (Williams et al., 2004) الى التأكيد على انتشار اضطرابات الأكل لدى الأطفال التوحديين. وأسفرت نتائج دراسة ونتز وآخرين (Wentz et al. ,2005) عن أن حوالي 32٪ من مجموعات المرضى بفقدان الشهية العصبي يقابلون محكات التوحد.

والصورة الغذائية غير الطبيعية في الأطفال التوحديين: قلة مستوي الميثيونين Methionine ليست مألوفة في التوحد، زيادة نسبة النحاس الى الزنك في الأطفال التوحديين، قلة امتصاص الكبريتات وقلة بلازما الكبريتات في التوحديين، نقص فيتامين ب12 والناتج من ارتفاع تركيز حمض الميثيلمالونيك البولي، قلة الماغنسيوم والزنك والسلينيوم، قلة المنشط ب6 في 42٪ في الأطفال التوحديين أيضاً مجموعة التوحديين أعلى في مصل النحاس، قلة مستويات مشتقات Omega-6 في نتائج تحليل 50 من التوحديين من قبل Kenned Kreiger حيث وجد مستوى GLA و DLGA أقل من المعدل الأدنى(سعد رياض، 2008،66).

اضطراب الإخراج Elimination Disorders

تعد عملية ضبط الإخراج خطوة مهمة في تاريخ النمو النفسي للفرد، تؤثر على شخصيته وعلى توافقه النفسي والاجتماعي فيما بعد، ويتوقف هذا التأثير على عمر الطفل ومدى نضج جهازه العصبي والعضلي، وعلى طريقة معاملة والديه له خاصة الطرق المتبعة في ضبط الإخراج . ويمكن تعريف اضطراب الإخراج على أنه خروج البول أو البراز في أوقات وأماكن غير مناسبة لذلك، ولا يتناسب ذلك مع مستوى نضج الطفل (عماد مخيمر، هبة محمد، 2006، 123).

اشكال اضطرابات الإخراج

أولاً : التبول اللاإرادي Enuresis

يعرف التبول اللاإرادي على أنه "حالة انسكاب البول لاإرادياً ليلاً أو نهاراً أو ليلاً ونهاراً معاً لدى طفل تجاوز عمره 3- 4 سنوات وهو السن الذي يتوقع عنده التحكم في البول دون أن يكون هناك سبب عضوي خلف ذلك" (زكريا الشربيني، 2002، 54).

والتبول اللاإرادي مشكلة نمائية بمعنى أن حدوثه يعتبر أمراً طبيعياً لدى الأطفال في مرحلة عمرية محددة، ولكنه يصبح مشكلة تحتاج للعلاج بعد بلوغ الطفل العمر الذي يتحقق فيه ضبط التبول لدى معظم الأطفال (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 1993، 88).

ويعد التبول اللاإرادي من المشكلات المعروفة في معظم إن لم يكن كل الثقافات، ومن المتوقع أنه كلما زاد المستوى الاقتصادي والمستوي التعليمي والثقافي كلما كانت النظرة الى هذه المشكلة تتسم بشيء من التشدد. ربما نتيجة لمحاولة الإسراع في التدريب على ضبط عملية الإخراج (جمعة سيد، 2000، 117-118).

ويفسر التبول اللاإرادي فسيولوجياً بأنه عندما يزداد الضغط داخل المثانة، ترسل مستقبلات الضغط الموجودة بجدار المثانة تنبيها إلى الحبل الشوكي ومنه إلى المخ الذي تصدر عنه رغبة التبول، فإذا كانت الظروف غير مواتية فإن قشرة المخ ترسل إشارات أو نبضات تزيد من مرونة المثانة وإحداث ارتخاء بها يخفض الضغط داخلها، أما إذا كانت الظروف مناسبة فإن القشرة المخية ترسل إشارات إلى المنطقة العجزية من الحبل الشوكي التي تصل عبر الأعصاب المسببة للانتصاب فتنبه جدار المثانة وترتخي العضلة العاصرة الداخلية، وترتخي عضلات المنطقة الشرجية وتنقبض عضلات جدار البطن ويهبط الحجاب الحاجز مع الوقوف المؤقت للتنفس فيزيد الضغط داخل البطن فيضغط على جدار المثانة من الخارج مما يزيد الضغط داخلها ويؤدي إلى التفريغ (سوسن شاكر، 2008).

أشكال التبول اللاإرادي

1. **التبول اللاإرادي الأولي primary Enuresis** : وهو التبول الذي يبدأ منذ ميلاد الطفل، ولا يتمكن من ضبطه لعدم الوصول إلى النضج العضوي. وهو فينتشر بنسبة تصل إلى 86٪ في المتوسط من الأطفال (حسن مصطفى،99,2003).
2. **التبول اللاإرادي الثانوي Secondary Enuresis** : وهو التبول الذي يكون مسبوقاً بفترة تحكم وضبط للعملية بشكل جيد لفترة تتراوح بين ستة شهور وسنة، بعدها يعود إلى التبول اللاإرادي، وهو يتأثر بالظروف الأسرية والاضطرابات الانفعالية (زكريا الشربيني،2002، 64).
3. **التبول اللاإرادي الليلي Nocturnal Enuresis**: وهذا النوع هو الغالب حيث يحدث إخراج البول أثناء النوم فقط، وتصل نسبته إلى حوالي 66٪ من حالات التبول اللاإرادي.وفي أغلب الحالات يستيقظ الطفل دون أن يذكر حلماً ولا يذكر أنه تبول، وعادة يحدث البوال خلال الثلث الأول من النوم، وفي حالات قليلة يحدث خلال فترة النوم المصحوب بحركة العين السريعة (R.E.M)، وهي التي قد يذكر الطفل فيها حلماً خلال عملية الإفراغ، كأن يحلم بأنه يبول داخل دورة المياه أو أنه في بحر أو بانيو يقوم بالاستحمام، وقد يقرر المراهق أنه كان يمارس أفعالاً جنسية أثناء نومه (زكريا الشربيني 2002، 64).
4. **التبول اللاإرادي النهاري Diurnal Enuresis** : وهو يحدث نهاراً خلال ساعات اليقظة وينتشر بنسبة تتراوح بين 2.5-5٪ من حالات التبول اللاإرادي ، حيث يظهر بين أطفال السنوات الأولى من المرحلة الابتدائية مما يسبب للطفل الخجل والارتباك فيضع يده على عضوه، أو يضم رجليه بسرعة وقت نزول البول ولكن دون جدوى.
5. **التبول اللاإرادي الليلي / نهاري Noctornal- Diurna Enuresis**: وتصل نسبته ما يقرب من ثلث حالات التبول اللاإرادي، حيث يتكرر التبول اللاإرادي في الليل والنهار على حد سواء.

6. **التبول اللاإرادي المزمن Chronic Enuresis**: وهو يحدث بشكل انتكاسي بعد شفاء مؤقت لفترة ربما تطول مدتها، وربما فشلت أنواع وطرق العلاج الدوائي والنفسي والإرشادي السلوكي، ويؤدي إلى سوء تصرفات الطفل وتصاحبه اضطرابات نفسية، ويرجع إلى أسباب عضوية وعصبية ونفسية، وقد يكون للدوافع اللاشعورية (كالرغبة في جذب الانتباه والاهتمام من الأم أو الرغبة في الانتقام) دور في استمرار المشكلة (زكريا الشربيني،2002، 65-66).

معدلات انتشار التبول اللاإرادي

تشير الإحصاءات بأن طفلاً من بين كل أربعة أطفال بين الرابعة والسادسة عشرة من العمر يتبول في فراشه في وقت ما، ووجد أن 12٪ من الأطفال الذين في سن السادسة الى الثامنة و 5٪ من الذين بين 12 و 15 سنة و 2٪ من المراهقين يتبولون في فراشهم، والعادة تنتشر بين الأولاد أكثر منها بين البنات (شيفر وملمان، 2006، 13).

وتختلف معدلات انتشاره بين الجنسين فنسبته بين الذكور أكثر منها بين الإناث. فعند سن 5 سنوات تكون 7٪ لدى الذكور، 30٪ لدى الإناث (حسن مصطفى، 2003، 101).

أسباب التبول اللاإرادي

توجد أسباب عدة للتبول اللاإرادي نتناولها على النحو التالي :

1. **الأسباب الفسيولوجية والوراثية**

ضعف صمامات المثانة، أو صغر حجم المثانة الوظيفي رغم حجمها الطبيعي، وهنا يكون تحملها لكميات البول ضعيفاً (محمود حمودة، 1991، 249).

التهاب حوض الكلية، أو التهاب المثانة، أو التهاب الحالب، أو وجود حصوات في الكلية أو الحالب أو المثانة، التهاب مجرى البول في الذكور أو الإناث، العامل الوراثي، عدم نضج الجهاز العصبي، تضخم اللوزتين والزوائد الأنفية، الاضطراب الهرموني، الانهماك العصبي وفقر الدم، ونقص الفيتامينات مما يؤدي إلى عدم السيطرة على عضلات المثانة (حسن مصطفى، 2003، 105- 107). أو إصابة الطفل بالصرع،

أو الصلب المفلوج الخفي المصحوب بأورام شحمية تضغط على جذور الأعصاب المغذية للمثانة البولية (عبد اللطيف موسي،1985،79).

يرى بعض الباحثين أن مشكلة التبول اللاإرادي مشكلة وراثية، واستدلوا على هذا من انتشار المشكلة في أسر الأطفال الذين يعانون منها. ففي دراسة فراريFrary وجد أن 32٪ من آباء و20٪ من أمهات هؤلاء الأطفال كانوا يعانون من نفس المشكلة وهم صغار. (محمد عودة، كمال مرسي، 1986).

2. **الأسباب الاجتماعية التربوية**

الحماية الزائدة للأطفال مما يجعل التبول اللاإرادي شيئاً سهلا لا يعاقب عليه من قبل الآباء، عدم تدريب الطفل على التبول وتنظيم مواعيد الحمام له، ومراقبته وإثابته عند الانتظام على التبول، وعدم مكافأته عندما يخفق في التبول في الحمام. الصراع الأسري بين الآباء مما يجعل الطفل يشعر بعدم الأمن والأمان أو حدوث طلاق بين الزوجين، أو يعيش الطفل مع زوجه أبيه أو زوج أمه. وفاة أحد الوالدين قد يكون السبب وراء هذه المشكلة، الغيرة من الإخوة أو الأصدقاء، التبكير في تدريب الأطفال على التبول قد يكون السبب، قد يكون التبول اللاإرادي نوعا من أنواع العقاب يفرضها الطفل على أحد والديه نتيجة سوء العلاقة بينهما (زكريا الشربيني، 2002، 58، 59).

أو يرجع الى حرمان الطفل من إشباع حاجاته النفسية مثل الحاجة الى الحب أو الأمن أو الانتماء فتصبح حياة الطفل قلقة، ويظهر مع حالات التبول ضعف الثقة بالنفس، ونوبات الغضب والجبن والميل الى التخريب (نبيلة الشوربجي، 2007، 248).

3. **الأسباب النفسية**

- الخوف وهو يتمثل في خوف الطفل من الحيوانات أو الجثث أو شكل الموتى أو الخوف من العقاب أو الخوف من الشجار داخل الأسرة أو الخوف من أفلام الرعب (حسن مصطفى، 2003، 108) (زكريا الشربيني، 2002، 59).
- القلق: إن الاضطراب النفسي، واحتضان القلق يزيد توتر الأطفال وينمي القلق ويضخمه، وتكون النتيجة استمرار العادة، وعودة الحلقة المفرغة: قلق ثم عرض ثم زيادة في القلق، واستمرار العرض- أي إصرار البول (محمود حمودة، 1991، 250).

- الغيرة: غالباً ما يحب الطفل أن يكون موضع اهتمام الوالدين وحينما يولد طفل صغير، معنى ذلك أن هذا الطفل سوف يشترك معه في محبة الوالدين ورعايتهما، فيشعر الطفل بالخوف من فقدان الاهتمام والرعاية والغيرة من مصدر الفقدان (طفل جديد مثلاً)، وقد يدفع ذلك الطفل الغيور إلى النكوص واستخدام أسلوب طفلي (زكريا الشربيني، 1994، 69).
- العداء: يتبول الطفل كتعبير عن غضبه من والديه وذلك نتيجة القسوة من قبل الوالدين لتأديب الابن وذلك في حالات العقاب البدني، مما ينعكس على الطفل فيتبول على نفسه كعقاب للوالدين، أو المشي الى حجرة والديه. ويتبول فيها بدون خلع الملابس ثم يعود لفراشه مبللاً، وهذا الشعور عندما يتملك الطفل بأنه منبوذ من قبل والديه (محمد غالي، رجاء أبو علام، 1974، 567- 568)
- الاكتئاب: لقد اتضح أن سببا رئيسيا من الأسباب النفسية للطفل لكي يتبول هو شعوره بالاكتئاب والحزن الشديد. الشعور بالحرمان العاطفي. مشاعر الذنب: واتضح أن المعايرة واستعمال ألفاظ التحقير بسبب البوال كثيراً ما تبعث في الطفل حالة من القلق الذي يأخذ صورة الحساسية الزائدة بالنفس، لدرجة أن بعض الأطفال يخشون المبيت خارج المنزل عند أحد الأقارب، أو يخافون الذهاب للمدرسة خشية أن يشم الأطفال رائحة ملابسهم فيعيروهم بالبوال، أو عندما يتعرض الطفل للعقاب من أحد المدرسين فيتبول على نفسه فيشعر في هذا الموقف بالخزي والعار مما يترتب عليه عدم الذهاب للمدرسة حتى لا يتكرر هذا الموقف (محمد غالي، رجاء أو علام ، 1974، 570).

تشكل عملية التدريب على الإخراج أهمية كبيرة لكل من الطفل ووالديه، وتحاول الأم جاهدة تدريب الطفل منذ وقت مبكر على التحكم في الإخراج.

ثانياً : سلس التغوط أو التبرز

يعرف التبرز اللاإرادي وفقاً لـ DSM-IV على أنهٔ طريقة التخلص من الفضلات في أماكن غير ملائمة سواء بطريقة مقصودة أو لا إرادية، ويستمر هذا النمط على الأقل لمدة 3 أشهر، ويكون عمر الطفل الزمني أو النمائي على الأقل 4 سنوات.

وله شكلان التغوط الأولي: ويظهر لدى الأطفال الذين لم يسبق لهم نهائياً التحكم أو ضبط الغائط لمدة عام على الأقل، والتغوط الثانوي: وهو الذي يظهر لدى أطفال سبق لهم ضبط الغائط مدة لا تقل عن عام (زكريا الشربيني، 2002، 66).

وللتبرز أثر كبير على ضحاياه، فالطفل المصاب تهتز ثقته بنفسه بشكل كبير وقد يهزأ به أقرانه (شيفر وملمان، 2006، 188). وقد يتجنب المواقف الجماعية التي تسبب ارتباكه، وفي حالات تعمد التبرز يصاحب بالأعراض السلوكية المضادة للمجتمع. وقد لوحظ أن 25٪ من الأطفال المصابين بالتبرز اللاإرادي لديهم تبول لاإرادي وأحياناً نقص الذكاء والسلبية (محمود حمودة، 1991، 242).

معدلات انتشار سلس التغوط

وجد أن 2.3٪ من الصبيان الذين تجاوزا الثماني سنوات و0.7٪ من أمثالهم من البنات مصابون به، لكن هؤلاء يتناقصون بنسبة 28٪ كل سنة، وحتى تنتفي العادة نهائياً عند سن السادسة عشرة، إما باستعمال العلاج فقد ينقطع التبرز خلال الشهرين أو ثلاثة أشهر، وهو نادر عند الكبار والمراهقين إلا في حالات المتخلفين عقلياً(سعيد حسني، 2002-ب، 151).

أسباب انتشار سلس التغوط

قد يرجع الى عوامل عضوية مثل مرض هرشبرنج Hirschsprung Disease الذي يصيب الأمعاء الغليظة ويسبب الإمساك ومن ثم خروج الغائط لا إرادياً، وربما عاد الأمر الى الإمساك لفترات طويلة فيحدث فيض من الغائط، وعوامل عقلية مثل نقص الذكاء، أو عوامل نفسية مثل الشعور بالغيرة المصاحب لولادة شقيق آخر، أو الى أساليب التدريب القاسية (زكريا الشربيني، 2002،67). وقد يعزى التبرز اللاإرادي الى ميول عدوانية لدى الطفل وتثبيت في المرحلة الشرجية حيث يعبر التبرز عن العدوان والنزعات التدميرية لدى الطفل في حالة وجود سلطة قاهرة (حسن مصطفى، 2003، 91).

معدلات انتشار اضطرابات الإخراج لدى التوحديين

تتعدد المشكلات السلوكية التي يبديها الأطفال المعوقون فهناك مشكلات مرتبطة بعمليات الإخراج، وأخرى مرتبطة برعاية الطفل ذي الحاجات الخاصة الذي يظهر مشكلات سلوكية خارج نطاق الأسرة (Warfield & Hauser-Cram, 1996).

وبلغت معدلات انتشار اضطراب سلس التغوط لدى الأطفال المعوقين المقيمين بإعاقات متوسطة 6٪، بينما كان 16٪ لدي المعوقين المقيمين بإعاقات شديدة الدرجة، و45٪ لدي المعوقين المقيمين بإعاقات عميقة (Salovilita, 2002) .

يمثل عدم القدرة على التحكم في الإخراج مشكلة كبيرة لدى بعض الأطفال التوحديين، وقد يعود السبب في ذلك الى تأخر اكتساب القدرة على التحكم في الإخراج، وفي مثل هذه الحالات ينصح بتكثيف التدريب على استخدام دورة المياه (بطرس حافظ، 2007، 177).

وقد ترجع اضطرابات الإخراج الى إصابة الطفل بحالة التوحد والتخلف العقلي، أو الى الأسباب الفسيولوجية، وتزداد الحالة مع إصابة الطفل بالاضطرابات النفسية، وإلى اضطراب العلاقات الأسرية مع الطفل.

وقام أندو (Ando , 1977) بتدريب طفل توحدي على ضبط البوال من خلال تطبيق فنيات السلوكية الإجرائية. والطفل التوحدي يتأخر بعض الشيء عن الطفل العادي في التدريب على عمليات الإخراج.

السلوك العدواني Aggression Behavior

يعرفه (سيد صبحي، 2003، 87) على أنه "سلوك يقصد به المعتدي إيذاء الشخص الآخر أو تحطيم الممتلكات. ويكون العدوان مباشراً حيث يُمكن صاحبه من مواجهة الموقف، ويكون غير مباشر فنجد مثلاً الفرد يتخذ صورة المؤمرات والتشهير والنميمة والغمز واللمز، وكثيراً ما نجد هؤلاء لا يستطيعون أن يعبروا عن المشكلة أو يواجهونها بصورة مباشرة، إلا أنهم يلجأون الى "تماحيك" من شأنها أن تجعلهم يقذفون بالحاجيات المادية معبرين بذلك عن درجة عالية من التوتر والقلق".

يعرف سيلج Selg , 1997 العدوان على أنه "استعداد استدلالي للسلوك العدواني ظاهر بصفة دائمة نسبياً. فالدرجة العالية من العدوانية يملكها مثلاً ذلك الشخص الذي تبدو له كثير من المواقف ذات طبيعة عدوانية أو تملك صفات مثيرات التنبيه للسلوك العدواني، فالشخص الذي يمتلك درجة عالية من سمة العدوانية يميل الى إدراك مواقف معينة على أنها مثيرة للعدوانية أو مهددة له، ويستجيب لها بطريقة عدوانية (في: سامر جميل، 2007، 293).

والسلوك العدواني الذي يكون فيه العدوان موجها للآخرين أو للممتلكات أو الذات هو من أكثر الأسباب شيوعاً للإحالة الى مؤسسات الصحة العقلية، وقد يكون العدوان عرضاً واحداً في زملة شاملة، ومن ثم فإن العدوان قد يقدم دليلاً على أي تشخيص تقريباً، والسلوك العدواني هو الخاصية المعرفة لفئات سيكياترية تشخيصية معينة، وتشمل هذه الفئات اضطرابات السلوك، اضطرابات التحكم في الدفعات (مثلاً نوبات انفجار متقطعة) (لويس مليكة، 1998، 62).

ويتوقف العدوان على عدة عوامل منها :

1. شدة الرغبة في إيذاء الآخرين وإيلامهم.
2. درجة إحباط البيئة وإثارتها للميول العدوانية.
3. كمية القلق والشعور بالإثم المرتبطة بالعدوان (هنري وماير، 1992، 307).

وينتشر العدوان عند كل الأطفال تقريباً حيث يقومون بشكل أو بآخر من أشكال العدوان. وتزداد احتمالات قيامهم بذلك بعد تعرضهم لحالة من حالات الإحباط، ولو أن الإحباط لا يشكل الشرط الأساسي أو الوحيد لحدوث العدوان. ومن السهل ملاحظة العدوان ومشاهدته بين الأطفال (شفيق فلاح، 2004،277).

مراحل العدوان

مرحلة رياض الأطفال

- بدخول الطفل الحضانة تبدأ النزعة العدوانية في التعبير عن نفسها تعبيراً أكثر وضوحاً وتأخذ أشكالاً متعددة مثل العدوان الحركي الذي يتمثل في الضرب

الرفس والعض، والعدوان اللفظي ويتمثل في السباب والتهكم والعدوان عن طريق التخريب والإتلاف والعناد.

- ومن الملاحظ أن الطفل يزداد عناداً في هذا السن ويرفض الانصياع للأم وللآخرين مستخدماً كلمة 'لا' إن هذا السلوك السلبي الذي يصدر من الطفل يعتبر استجابة طبيعية تجاه مثيرات العالم الخارجي الجديد بالنسبة إليه، فنجد أن استجاباته متعددة لمثيرات الوسط البيئي المليء بمختلف المثيرات، والتي تجذب انتباه فيبدأ في التعامل معها وتصدر منه استجاباته نحوها.
- أوضحت دراسة مونكس وآخرين (Monks, et al ,2002, 458-476) أن العدوان غير مبرر للأطفال ما قبل المدرسة، وتم تحديد أدوار الأطفال العدوانيين في (العدواني – الضحية- المدافع – المساند- المتفرج) وذلك بناء على آراء المعلمين والآباء. ولقد وجد أن الأطفال العدوانيين منبوذون اجتماعياً، وأن المدافعين هم الأكثر شعبية داخل الفصل وهذا يجعلهم أفضل في الدفاع عن الآخرين دون الخوف من الانتقام كما يكسبهم الدفاع منزلة اجتماعية رفيعة.

مرحلة الطفولة الوسطى

في مرحلة الطفولة الوسطى يتوقع معظم الآباء أن الطفل يظهر الندم أو تأنيب الضمير بعد العدوان. وتأنيب الضمير له قيم وظيفية لدى الطفل من ذلك : أنه يقلل من حدة أو سلبية النتائج، ومن ثم فإن غياب تأنيب الضمير يرتبط بالفكرة الشائعة بأنه يلازم الأفراد فاقدي الحس والاتجاهات الأخلاقية والأشخاص ذوي الشخصيات السيكوباتية، لذا فإن الآباء الذين يركزون على تأنيب الضمير لدى الطفل إنما يفعلون ذلك خارج نطاق الإحباط وانعدام المساعدة والشعور بأنهم إذا لم يوقفوا الطفل عن السلوك بعدوانية فإنهم على الأقل يصرون على أنه تبعاً لذلك يتظاهر بالاتفاق مع الاستجابة الاجتماعية المقبولة اجتماعياً تجاه الضحية.

مرحلة المراهقة

يقترب مستوى العدوان في مرحلة المراهقة من سلوك الراشدين العدواني، فردود الأفعال للأقران في المراهقة ربما يتضمن اتخاذ وضع تهديدي، أو تنظيم السلوك

العدواني، والماهرون من المراهقين ماهرون بصفه عامة في التخفي سواء عند تمثيل أو تقديم كل من السلوك والضرر الجسماني الناتج عنه.

أشكال العدوان

- **العدوان اللفظي Verbal Aggression**: يظهر عندما يبدأ الطفل في الكلام، ويظهر رغبته نحو تحقيق الوصول إلى الهدف بصورة الصياح أو القول والكلام أو يربط السلوك العنيف مع القول البذيء Verbal Abuse الذي غالباً ما يشمل السباب أو الشتائم والمنابزة بالألقاب ووصف الآخرين بالعيوب أو الصفات السيئة، واستخدام كلمات أو جمل تهديد.
- **العدوان البدني Physical Aggression**: وهو العدوان الذي يشترك فيه البدن في الاعتداء على الآخر: مثل استخدام الأرجل في الركل والرفس، والضرب، واستخدام اليدين كأدوات فاعلة في الضرب والصفع أو الخنق أو القتل، والأظافر للخدش أو استخدام الأسنان في العض، وربما تستخدم الرأس في توجيه العدوان، ويدخل في ذلك أيضاً : التشويه أو القتل والاغتصاب الجنسي والسلب بالإكراه تحت تهديد السلاح أو القوة والعنف الجسدي.
- **العدوان السلبي Negative Aggression**: الإهمال صورة سلبية للعدوان، حيث يعبر عن اللامبالاة، وعدم الاكتراث بالآخر أو بالموضوع. أي عدم الاهتمام بحاجاته وإشباع رغباته، كما يتضمن التحقير والازدراء به حيث يقتضي الأمر عكس ذلك (سعد المغربي، 1987، 27).
- **العدوان المباشر Direct Aggression**: يقال للعدوان أنه مباشر إذا وجه الشخص مباشرة إلى الشخص مصدر الإحباط، وذلك باستخدام القوة الجسمية أو التعبيرات اللفظية وغيرها.
- **العدوان غير المباشر Indirect Aggression**: ربما يفشل الطفل في توجيه العدوان مباشرة إلى مصدره الأصلي خوفاً من العقاب أو نتيجة الإحساس بعدم الندية فيحوله إلى شخص آخر أو شيء آخر تربطه صلة بالمصدر الأصلي.

- **العدوان الموجه نحو الذات:** وهو عدوان يهدف إلى إيذاء النفس وإيقاع الضرر بها، وتتخذ صورة إيذاء النفس (Self- Mutilation) أشكالاً مختلفة : كتمزيق أو تحطيم الممتلكات الشخصية أو لطم الوجه أو شد الشعر، أو ضرب الرأس بالحائط أو جرح الجسم بالأظافر أو عض الأصابع أو حرق أجزاء من الجسم أو كيها بالنار أو السجائر، النظر إلى الذات نظرة دونية، أو تحقير الذات أو تقليل شأن الذات، وعدم اتباع نصائح الغير من الزملاء والمحيطين به. وتشمل السمات النفسية المشتركة بين مؤذي الذات : يصفون أنفسهم ويكرهونها بشدة، مفرطو الحساسية للرفض، دائماً يغضبون من أنفسهم بصورة مزمنة، يكظمون غضبهم، عندهم مستويات مرتفعة من مشاعر العدوان، كثيرو الاندفاع، يميلون للعمل وفق مزاجهم الحالي، لا يفضلون التخطيط للمستقبل، مكتئبون وانتحاريون، ويعانون من القلق (آن سكستون، 2004، 43-44).

أسباب العدوان

- **العوامل البيولوجية:** لقد ربطت البراهين بين إثارة مناطق معينة من الدماغ والاستجابة العدوانية فالجانب الخارجي للهيبوثلاموس يرتبط بعديد من الانفعالات ومنها الغضب والاستجابة العدوانية، وأن الإثارة للخدمة الأنسية للدماغ الأمامي Medial Faebrianbundle تؤدي إلى إطلاق استجابة عدوانية شرسة في حيوانات التجارب بعكس إثارة المنطقة المحيطة بالبطين في المادة الرمادية التي تحدث استجابة أقل عدوانية كما لوحظ أن منطقة اللوزة لها دور في كبح العدوان (محمود حمودة،1993).
- **العوامل البيئية:** الأسرة، فالأسرة لها الدور الرئيسي في تنشئة الفرد حيث تحول الفرد من كائن حي بيولوجي إلى كائن حي اجتماعي. كما أن الطريقة التي يتبعها الأهل تُعد سبباً مباشراً في تعلم السلوك العدواني، ويرجع ذلك الى :

1. التطرف في وضع القوانين الاجتماعية، إما أن يضع الأهل الكثير جداً أو القليل جداً من القوانين الاجتماعية.
2. التناقض بين الأقوال والأفعال، عدم اهتمام الأهل أنفسهم بالحفاظ على الاتفاقات والقوانين التي يضعونها للأطفال (سامر جميل، 2007، 302).

3. جماعة الرفاق إن جماعة الرفاق لها دور في تكوين شخصية الطفل، فإذا كان يحس بالثقة بالنفس ولديه القدرة على التعبير عن ذاته، وعدم شعوره بالنقص فيصبح يتمتع بالصحة النفسية السليمة، إما إذا كان التلميذ يشعر دون ذلك من حيث عدم احترام زملائه له وشعوره بالنقص وسطهم مما ينعكس بدوره على شخصيته فيشعر بالإحباط والعجز والعدوان.

- **وجهة نظر التحليل النفسي:** يقول فرويد بوجود غريزة الحياة، ويقابلها غريزة الموت، وطبقاً لهذه الوجهة فإن غريزة الموت غالباً موجهة تجاه الآخرين أكثر من أن تكون موجهة نحو الذات لتجنب تدمير الذات، حينئذ يرى فرويد أن العدوان تجاه الآخرين يكون محصلة حتمية وضرورية (Robert & Feldman , 1985 , 297).

ويتفق "أدلر" Adler مع "فرويد" في اعتبار العدوانية غريزة فطرية ولكن يختلف معه من ناحية استقلالها التام عن غريزة الجنس، فيعتبر "أدلر" أن العداونية أكثر أهمية من الجنس وسماها (إدارة القوة) حيث إنه يمثل القوة بالذكورة والضعف بالأنوثة ولكنه تخلى بعد ذلك عن إدارة القوة مفضلاً عنها الكفاح في سبيل التفوق واعتبر أن الهدف النهائي للإنسان أن يكون عدوانياً، وأن يكون قوياً متفوقاً (كالفن س، هول، جاردنر، 1978، 63).

- **وجهة النظر السلوكية :** يفسر مؤيدو هذه النظرية أن السلوك العدواني على أنه متعلم بالإشراط وذلك عن طريق الثواب والعقاب وخاصة في مراحل الطفولة المبكرة.

في عام 1939 قام كل من دولارد ودوب وميللر ومورو وسيرز (Dollard , Doob Mowrer &Sears, 1939) , وهم من علماء النفس الذين اهتموا بالجوانب الاجتماعية في السلوك الإنساني بوضع فرضية تفسر السلوك العدواني، وقد حددوا الإحباط على أنه" حالة توجد عندما تقابل الاستجابة للهدف بعائق" واقترحت نتائج دراساتهم أن كل أشكال العدوان يسبقها الإحباط، والإحباط دائماً يؤدي الى بعض أشكال السلوك العدواني، والعدوان المستحث من خلال الإحباط من الممكن ألا يكون موجهاً نحو المصدر المباشر للإحباط ولكن بدلاً من ذلك يكون مُزاحاً ضد هدف بديل(Samuel , 1981, 330-332) .

- **نظرية التعلم الاجتماعي:** وفي مقابل النظريات التي تفسر السلوك العدواني باعتباره سلوكاً فطرياً، نجد أن كثيراً من علماء النفس الاجتماعي يفسرون سلوك العدوان باعتباره سلوكاً متعلماً في ضوء نظرية التعلم الإجرائي والتعلم بالملاحظة، وتبين نتائج الدراسات الطولية التي أجراها سلفر وزملاؤه Silver , et , al , 1969 عن ثلاثة أجيال من أسر الأطفال الذين تعرضوا لسوء المعاملة الى أن العنف يولد العنف، وأن الطفل الذي يخبر العنف تتزايد احتمالية أن يصبح عدوانياً في المستقبل (مجدي حسن، 1989، 20).
- **نظرية الحرمان النسبي:** وضع هذه النظرية روبرت جور، الذي يقسم الفروض السيكولوجية عن المصادر التي تولد العدوان البشري الى ثلاث :

1. العدوان غريزي فقط.
2. العدوان مكتسب فقط.
3. العدوان هو استجابة فطرية يحركها "شعور الإحباط".

ويعرف الحرمان النسبي على أنه "تباين ملموس بين توقعات الناس للقيم وقدراتهم على تحقيق القيم، وطبقاً لهذه النظرية تتفاوت إمكانيات العنف الاجتماعي تفاوتاً كبيراً حسب حدة ومدى الحرمان النسبي" (رشيد الدين خان، 1979، 136).

العدوان والتوحد

بالرغم من أن الطفل التوحدي قد يمضي ساعات طويلة مستغرقاً في أداء حركات نمطية أو منطوياً على نفسه لا يكاد يشعر بما يجري حوله، فإنه أحياناً ما يثور في سلوك عدواني موجه نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته أو أصدقاء الأسرة أو المتخصصين العاملين على رعايته وتأهيله أو نحو ذلك، وهذا السلوك العدواني يتصف بالبدائية والخدش والخربشة (عثمان فراج، 1994، 5-6).

وينتشر السلوك العدواني وسلوك إيذاء الذات لدى الأفراد التوحديين (Holden &Gitlesen , 2006) فتشير الأبحاث الى أن معدلات المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال التوحديين صغار السن كانت تتمثل في نوبات الغضب، تأرجح المزاج،

العـدوان، إيـذاء الـذات، وسـرعة الغـضب Lecavalier, 2006, Tonge &Einfeld, (2003).

هدفت دراسـة أنـدو ويوشـومرا (Ando & Yoshimura, 1979) الى الكـشف عن تكرار معدلات انتشار السلوك العدواني في عينة من التوحديين بلغ عددهم (47) طفلا توحديا وتراوحـت أعمـارهم الزمنيـة مـا بـين 14-46 سـنة مقارنـة بعينـة مـن المتخلفين عقليا بلغ عددهم (128)، وتوصلت الدراسـة الى النتـائج التاليـة : بالنـسبة لعينة التوحديين كان الهجوم ضد الأفراد الآخـرين 43٪، والتـدمير للممتلكـات كـان 34٪، ونوبات الغضب كانت 47٪. وكانت معدلات انتشار الـسلوك العـدواني لـدى المتخلفين عقليا أقل (5٪،4٪، 3٪) على التوالي.

وفي دراسة لكفالير (Lecavalier, 2006) تم تقدير عينة مـن التوحـديين بلغـت (303) من خـلال تقـدير والـديهم ومعلمـيهم للـسلوك العـدواني ، وتوصـلت هـذه الدراسة الى أن السلوك العدواني يقع بين متوسط وشديد فكانت مـشكلات الـسلوك المشكل 18.9٪ وفقاً لتقدير الآباء و 17.5٪ وفقاً لتقدير المعلمين. وكانت التقـديرات لكل من الآباء والمعلمين 3.5٪. وكانت النسبة لدى الأطفال في القتـال البـدني 9.9٪ وفقاً لتقدير الآباء و 14.8٪ تبعاً لتقدير المعلمين عن الهجوم على الناس الآخرين.

وقارنت دراسة فارمر وأمن (Farmer& Aman , 2010) بين عينة مكونـة مـن (121) توحديا تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين 3-20 سنة ، وعينة مكونة من (244) من الأطفال المتخلفين عقلياً وإعاقات نمائية أخرى، تراوحت أعمارهم الزمنية ما بـين 4-20 سنة. وأسفرت نتائج الدراسة عن أن الأطفـال التوحـديين يظهـرون معـدلات مرتفعة مقارنة بالمجموعات الأخرى على العدوان البدني والعدائية.

وإيذاء الذات وفقاً لفافازا Favazza , 1986 يتضمن: تشويه الذات الأسـاس (ويشمل أشياء مثل بتر الأطراف، إزالة حدقـة العـين) ونـادراً مـا تحـدث، وتـرتبط بحالات الذهان، والنوع الثاني يشمل نمطية إيذاء الذات مثل ارتطـام الـرأس بـشكل عنيف وبصورة متكررة، ونراها في الـشخص التوحـدي (آن سكـستون، 2004، 25، 43-44).

ويتصرف بعض التوحديين بطريقة تلحق الأذى والضرر بأنفسهم مثل ضرب الرأس في الأرض أو الحائط، أو أن يضرب نفسه في مواقع مختلفة من جسمه (بطرس حافظ، 2007، 22).

وببلوغ سن المراهقة، فإن نسبة صغيرة منهم تستمر بإظهار العدوان غير المثير للغضب. وغالباً ما تكون الأم هي الهدف، وفي أحيان كثيرة حدث على غير توقع وبعنف ولديهم صعوبة في فهم إشارات حول مشاعر الآخرين، والمشاركة في المحاولات الطبيعية (إبراهيم الزريقات، 2004، 180، سعد رياض، 2008، 51).

إن هذه الأنماط السلوكية المختلفة للطفل التوحدي، ربما تكون لها وظائف معينة فمثال على ذلك النشاط فقد يكون ممتعاً بحد ذاته للتوحديين، أو يكون ناتجا عن ضغط شديد وقلق. فالتوحديون يظهرون نوعاً من الهدوء والاطمئنان عندما يعرفون أي نشاط سيقومون به في الحياة اليومية، أما عندما يفاجئون بنشاط جديد دون معرفتهم المسبقة له فإنهم يغضبون وربما يرجع ذلك الى قصور الإدراك، وقدرتهم المحدودة في معالجة المعلومات الجديدة.

وقد يرجع السبب في عدوان التوحدي الى أنه ينفث عن المشاعر التي تعتمل في نفسه على التلاميذ الأصغر سناً أو على إخوانه الصغار (سعد رياض، 2008، 51).

ويقترح بعض الإكلينيكيين أن العجز عن التعرف على الحالات العقلية للآخرين، والتي تبدو أنها مفتاح للتوحديين من الممكن أن تمثل عوامل خطر لارتكاب جرائم خطيرة وقاسية (Silva et al., 2004).

كما يُعتبر الاضطراب التنفيذي عاملا خطرا للسلوكيات الانفعالية من خلال القصور في الضبط السلوكي الاندفاعي، كما يلعب التقمص الوجداني دوراً بارزاً في هذا الجانب.

تلاحظ العدوانية لدى التوحديين، وغالباً ما تكون بدون أي سبب ظاهر أو فوري، وذلك بسبب التغيير في المطالب.

السلوك النمطي Stereotyped and Ritualistic Behavior

السلوك النمطي سلوك شاذ يظهر على شكل استجابات مختلفة من الناحية الشكلية وهو سلوك ليس له وظيفة أي ليس له غاية يؤديها وهو سلوك شائع لدى

الأطفال المعوقين، وهو سلوك غير مؤذ إلا أنه يعيق الانتباه، ومن أشكال هذا السلوك سلوك هز الرأس، ومص الإبهام، وحركات الأصابع، واليدين، وهز الجسم، وحكه، والتلويح باليد، ولف الشعر، وهز الرجلين، والتربيت على الوجه، والصراخ، والقهقهة، والتصفيق باليدين، وضرب القدمين بالأرض، والتحديق في فراغ، وفرقعة الأصابع، والدوران في المكان نفسه (سعيد حسني، 2002-أ، 71).

وفي السلوك النمطي يصر الفرد على أداء أعمال متكررة جامدة،وبنفس الترتيبات البيئية، والشعور بالقلق الزائد في حالة تغيرها (Norton &Drew, 1994 , 70).

السلوك النمطي والطقوسي لدى التوحديين

السلوك النمطي والطقوس من السلوكيات الملاحظة على العديد من الأفراد المصابين بالتوحد، وقد يكون عدواناً موجهاً للآخرين أو إيذاء الذات. وفي الحقيقة فإن المشكلات السلوكية المرتبطة بالتوحد هي مشكلات رئيسة، وفي الكثير من حالات التوحد الشديدة فإن المشكلات السلوكية تكون دائمة وتعيق بشدة الفرصة المتاحة للطفل للتعلم والتفاعل الاجتماعي (إبراهيم الزريقات، 2004، 39).

وتؤدي مثل تلك الاضطرابات الى قصور النواحي الإدراكية والمعرفية لدى الطفل (مورين أرونز ، تيسا جيتنس،2005، 83 – 84)، ولا تؤدي بالأطفال التوحديين الى المرونة والتكيف والتفاعل مع الناس الآخرين.

ويتضمن السلوك النمطي لدى الأفراد التوحديين العديد من السلوكيات مثل:

1. أرجحة الجسم للأمام والخلف أو أرجحته يميناً أو يساراً بالارتكاز على إحدى القدمين بالتناوب.
2. الانشغال باللعب بالأصابع أو أحد أعضاء الجسم أو لوي خصلات الشعر.
3. حركات لا إرادية باليد لإثارة الذات ومنها رفرفة اليدين أو لف اليدين بانتظام بالقرب من العينين، الطرق بإحدى اليدين على رسغ اليد الأخرى.
4. السير على أطراف الأصابع أو المشي بطريقة ما كأن يسير الى الأمام خطوتين والى الخلف خطوتين، أرجحة الأرجل أثناء المشي، الضرب بالقدمين على الأرض،

الدوران حول نفسه باستمرار دون إحساس بالدوخة أو الدوار (سميرة السعد، 1992، طارق عامر،2008 ، 65، عثمان فراج،1994).

5. التحديق في لمبة الكهرباء أو شيء في الغرفة، ورعشة العين المتكررة، وتحريك الأصابع أمام العين، وتقليب الكتفين، والنظر باستمرار أو صمت في الفضاء أمامه.
6. إحداث صوت معين باستمرار، سد الأذن بالإصبع.
7. الحك، مسح الجسم باليد أو بشيء محدد.
8. دحرجة الجسم، تقليب الجسم موضعياً من الرأس الى القدمين، تقليب الجسم من جانب الى آخر.
9. عض القلم أو الممحاة باستمرار، وضع الإصبع أو شيء في الفم ولحس أو لعق الأشياء.
10. شم الأشياء أو شم الناس (محمد زياد، 2001، 11).

وهناك كثير من الأطفال يقضون أكثر يومهم في تكرار نشاطات نمطية ملزمة من نوع واحد، وتتضمن هذه النشاطات اللمس المتكرر لأشياء معينة أو وضعها في خط لا نهائي (سعد رياض، 2008، 51).

ويؤدي الأطفال صغار السن من ذوي الأداء الوظيفي المنخفض حركات نمطية غير مفيدة، مثل رفرفة الأيدي، وسرعة حركة الأيدي، وتكون متكررة في الغالب، وتكون قهرية بين كبار السن التوحديين، وعند الأفراد التوحديين ذوي الأداء الوظيفي المرتفع تكون هذه السلوكيات أقل شيوعاً، وتكون أقل وضوحاً، وهناك بدلاً من ذلك تمسك غير مرن لطقوس غير وظيفية، ومقاومة، وأحياناً تكون مقاومة بعنف للتغيير، كما أنهم يداومون عليها، ويرفضون التخلي عنها (Bushwick , 2000 , 52).

والطفل التوحدي يقاوم أي تغير في حياته اليومية ، ودائما يفضل العمل الروتيني، وعندما تتغير البيئة المحيطة به يشعر باليأس والتوتر والقلق ، فمثلاً قد يعتاد ارتداء ملابس لا يريد تغييرها، أو شارع يمشي منه متوجها الى المنزل لا يريد تغيير هذا الشارع مما يجعله يمتنع عن المشي، ويصدر منه غضب شديد إذا تغير هذا الشارع ،

وكذلك الحال عندما يرجع الى المنزل ويجد بعض قطع الأثاث انتقلت من مكان الى آخر تنتابه نفس المشاعر السابقة.

ويستمر هذا السلوك النمطي مع التقدم في العمر الزمني فقد أظهرت دراسة هولن وآخرين (Howlin et al., 2000) من خلال تشخيص طفل توحدي وعمره 7-8 سنوات ثم أعيد تشخيصه وعمره 23-24 سنة، أن الطفل استمر في إظهار العجز الواضح في سلوكه النمطي وفي علاقاته الاجتماعية المتدنية.

والعديد من السلوكيات النمطية الصادرة عن الطفل التوحدي تبدو غريبة، وغير ذات معني للأشخاص الأسوياء، إلا أن دونا وليامز (Donnas's Williams , 1992, 211-215) ترى أن الإيماءات تمثل لغة تعبر عن عالم الطفل التوحدي الداخلي، ومحاولة لمساعدة الآخرين لفهم هذه اللغة وتشير الى بعض هذه السلوكيات المألوفة والسمات المرتبطة بها لدى الطفل التوحدي:

- السحر الاستحواذي للأنماط Obsessive Fascination with Patterns فالأنماط لدى الطفل التوحدي تمثل استمرارية فهي "تؤكد على أن الأشياء سوف تبقى كما هي لمدة طويلة وتدرك على أنها أشياء مسلم بها ولا يمكن إنكارها، ووضعت داخل موقف معقد حول الطفل" وعندما تأخذ هذه الأنماط شكل دائرة محيطة فإنها تعني حمايته من الغزو الخارجي في العالم المحيط به.
- الرمش(الومضة أو رمشه العين) الإلزامي Blinking Compulsively تبدو الومضة على أنها "تبطئ الأشياء" وتجعل التوحديين يبدون على أنهم أكثر استقلالاً أو انفصالاً كما يحدث في انفصال الشبكية ولذلك فهي أقل إرعاباً وخوفاً
- فتح وغلق المفتاح الكهربائي Switching Lights on and off فتح وغلق المفاتيح الكهربائية تكون مماثلة لومضة العين مع إضافة طقطقة الصوت الذي يمثل "لا شخصي" Impersonal ويمكن إدراكها على أنها تمثل ربطا مع الأشياء خارج ذاته" وأنها تزوده بالمتعة والسرور النابع عن الإحساس المتدفق تقريباً من كل حواسه، وبالأمان".

- الهز، المصافحة، نقر الأشـياء، نقـر الـذقن Rocking , Hand-shaking, Flicking Object , Chin-Tapping هذه سلوكيات إيقاعية تزود الطفل بالأمـان والتحـرر. وهي تقلل أو تخفض من القلق الداخلي والتوتر لذلك فهي تقلل من الخوف.
- الضحك Laughing غالباً يحرر الطفل التوحدي من الخوف والتوتر والقلق.
- الحملقة في الفضاء والأشياء Starting into Space , Through Things تعني فقـد الوعي بالذات من أجل الاسترخاء ومواجهة الضيق الناتج عن عجـز التعـبير عـن الذات.
- الافتتـان بـالألوان أو الأشـياء اللامعـة Fascination for Colored and Shiny Object هذا الافتتان يبدو أن يكون مرتبطا بمفهوم الجمال في أكثـر بـساطته، وهـو وسيلة للتنويم المغناطيسي للـذات. وهـو يـساعده علـى الاسـترخاء والإحـساس بالهدوء.

ويبدو أن التكرار والسلوك الاستحواذي لدى الطفل التوحدي يكـون متباينـا عـن السلوك القهري. فالشخص التوحدي لا يحاول أن يقاومهـا، ولكـن مـن الواضـح استمتاع الطفل بالقيـام بهـا (Frith , 1989-A , 14). وربمـا نفـسر خـبرات دونـا وليامز وأفكارها هؤلاء التوحديين المجهولين أو غير المعـروفين. وأن التوحـد إعاقـة توجد عند ولادة الطفل ويبقى كذلك طوال فترة الحيـاة، ومعظـم الأطفـال تقريبـاً ثلثهم يحددون في مرحلة الطفولة المبكرة وفي 12 -18 شهراً عندما يتـضح القـصور اللغوي والمهارات الاجتماعية.

- إن أي قصور حاد في أداء الطفل عموماً يؤدي الى عجز في عمليات نمو الشخصية، فالمستوى المتدني في الأداء أو السلوك يحول دون اتساع أفق الشخصية. أو حـدوث ثراء في الخبرات الشخصية للطفل وهذا بدوره يجعل سلوك الطفل التوحدي عاجزاً عن التأثير في بيئته. ولا يسمح لسلوكه بأن يؤدي دوراً تحكمياً (مؤثراً) في مـثيرات البيئة، وتكون المحصلة أن ذلك كلـه يحـول دون تحقيـق تعزيـز لـسلوكيات جديـدة (شاكر قنديل، 2000، 54).

- هذه الأفعال والأنماط السلوكية التي يمارسها الطفل التوحدي ليست استجابة لمثير معين بل هي في واقع الأمر استثارة ذاتية تبدأ وتنتهي بشكل مفاجئ تلقائي ثم يعود مرة أخرى الى وحدته المفرطة وانغلاقه التام على نفسه وعالمة الخيالي ورغبة قلقة متسلطة في البقاء طويلاً على حالته كما هي (عثمان فراج، 1994، 5).

- يبدو أن السلوكيات النمطية تزود الأطفال المصابين بالتوحد بالتغذية الراجعة الحسية أو حسحركية، ومن الممكن أن يتم التعبير عن سلوكيات الاستثارة الذاتية بطرق مختلفة. فقد تكون هذه السلوكيات أحياناً دقيقة من مثل حركات العين عند التعرض للضوء، أو عند القيام بتعبيرات الوجه غير المناسبة أو عند الحزن. وتكون عند البعض الآخر أكثر وضوحاً، مثل هزهزة الجسم أو إخراج أصوات عالية متكررة، وكذلك فإن معظم سلوكيات الاستثارة الذاتية تظهر وكأنها تحمل القليل من المعاني الاجتماعية الواضحة للآخرين، ومن الممكن أن ألا تمثل هذه المعاني أبداً (كوجل، كوجل، 2003، 24).

- يمكن فهم تلك الحاجة للمثلية على أنها حاجة للنظام والقدرة على التنبؤ فالطفل غالبا ما يكون أقل توتراً وانزعاجاً وأكثر قدرة على تنظيم نفسه إذا عرف بالتحديد ما يتوقع، ويرى بعض المتخصصين أن جميع القواعد التي يحاول الطفل التوحدي أن يفرضها على العالم ليست إلا محاولة للسيطرة على هذا العالم وضبطه والتنبؤ به، ورغم أن العالم ربما يصبح أقل إثارة للخوف والرعب إذا سادته القوانين الصارمة والنظم الحازمة، فإن القدرة على المرونة والاستجابة للحياة التي لا يمكن التنبؤ بها تعتبر أمراً مهماً ومعلماً بارزاً من معالم النمو والتطور (طارق عامر،2008، 56).

- تؤدي مثل تلك الاضطرابات الى قصور النواحي الإدراكية والمعرفية لدى الطفل، وبالتالي يواجه الطفل التوحدي صعوبة في التنبؤ بالنتائج والأحداث، مما ينتج عنه شعور بالقلق وعدم الأمان، وبالتالي يصبح من الطبيعي أن يستسلم هذا الطفل للسلوك التكراري الذي يعمل على التقليل من حدة قلقه وتوتره كوسيلة للتعامل مع المواقف التي لا يتمكن من استيعابها، وحالما يظهر

هذا النوع من السلوك على الطفل التوحدي، يصبح من الصعب بل قد يكون من المستحيل التخلص منه (مورين آرونز، تيسا جيتنس، 2005، 83-84).

- قد يتميز بعض الأطفال بالقدرة على الوعي الدقيق لأوضاع الأشياء في البيئة ويصرون على عدم إجراء أية تغيرات لأوضاع هذه الأشياء.

الفصل الرابع

السمات الاجتماعية

- مراحل تطور النمو الاجتماعي
- النمو الاجتماعي لدى التوحديين
- أسباب القصور في النمو الاجتماعي
- المهارات الاجتماعية
- الكفاءة الاجتماعية
- العزلة الاجتماعية
- تحديق العينين
- الاهتمام المشترك
- الرغبة في تكوين الصداقات
- اللعب

الفصل الرابع

السمات الاجتماعية

الطفل كائن اجتماعي من يوم ولادته، فهو يظهر اهتماماً بالآخرين في البيئة التي تحيط به، ويرتبط الطفل بمن يقوم برعايته. واكتساب الطفل للسلوك الاجتماعي يساعده على التفاعل مع أفراد ثقافته، ويعتبر هذا السلوك حصيلة لعملية التنشئة، ونقصد به الابتسام، اللعب، التفاعل مع الأسرة (سعد جلال، 1985، 188 -189).

مراحل تطور النمو الاجتماعي

إن الطفل عند ولادته كائن بيولوجياً يقضي معظم وقته بين الأكل والنوم ، ويبدأ التعلم الاجتماعي منذ وقت مبكر في الميلاد، فالطفل الرضيع يلمس ثدي أمه وينظر في عينها، ويسمع صوتها، ويألفه، ويشم، ويتشرب ثقافة المجتمع في السنة الأولى من عمره، وبينما يتمكن الطفل الرضيع من تكوين معارف عن جسمه، وبيئته، فهو في نفس الوقت يبدأ التدرب على أنماط اجتماعية، والقدرة على بناء تبادلات اجتماعية من خلال الحملقة في الآخرين والنظر إليهم، وإدراكهم، والابتسامة لهم (Kaye , 1977 , 1979).

تنتظر كل أم بفارغ الصبر الوقت الذي تنفرج فيها شفتا وليدها عن الابتسامة. ويبدأ الطفل الابتسامة في الشهر الثاني، ويستمر في ذلك حتى الشهر السادس كلما تطلع إليه وجه يبتسم. وقد لوحظ أن الطفل لا يبتسم لأي وجه إلا إذا كان هذا الوجه في مواجهته. ويرى علماء النفس أن مثل هذه الابتسامة ليست ابتسامة اجتماعية، لأن الطفل يقوم بها إذا تطلع له إنسان كما يقوم بها لوجه صناعي، فكأن مثل هذه الابتسامة في مثل هذه الفترة من العمر تتوقف على النضج البيولوجي، وترتسم الابتسامة على وجوه الأطفال في مختلف الثقافات (سعد جلال، 1985، 149).

وفي النصف الأول من العام الأول يبدأ الرضيع في الاستجابة الاجتماعية للمحيطين به، ويظهر اهتمامه بما يجري حوله، وفي النصف الثاني يمرح إذ داعبه أحد، وفي نهاية السنة الأولى تكون علاقاته الاجتماعية مع الكبار أكثر منها مع الصغار، وخاصة الوالدين والإخوة والأقارب، ويميز الغرباء.

وفي السنة الثانية يزداد اتساع البيئة الاجتماعية، وتتبدل العلاقات الاجتماعية مع الأطفال، إلا أن الشجار والتنازع على اللعب تتخللها، واللعب في هذه السن يكون فردياً غير تعاوني، ومع النمو في مراحل العمر المتتالية يطرد اتساع العالم من حول الطفل (حامد زهران، 1977، 150) ويتعلم من خلال استخدام مهاراته وأنه يجب تجنب بعض الأشياء الصعبة أو ذات الخطورة مثلاً، وضرورة الابتعاد عن بعض الأشياء الأخرى غير المسموح بالاقتراب منها (رمضان القذافي، 1995، 198).

وتعتبر مرحلة الطفولة المبكرة مرحلة التنشئة الاجتماعية مما جعل إنماء الطفل اجتماعياً هدفاً رئيسياً لكثير من البرامج التعليمية في هذه المرحلة، فهي مطلب رئيسي من مطالب النمو، ويلعب الأبوان دوراً كبيراً في النمو الاجتماعي فهما يمثلان للطفل نماذج الدور الاجتماعي للرجل والمرأة، وينقلان إليه الاتجاهات والقيم عن طريق التدريب وممارسة الثواب والعقاب والتقمص، ويزداد دور الأبوين في التنشئة الاجتماعية كلما كانت العلاقة دافئة بين الطفل وبينهما (محمود عطا، 1419، 187).

ومرحلة الطفولة هي المرحلة التي يتعلم فيها الطفل أسس السلوك الاجتماعي الذي يعده للحياة الاجتماعية الأكثر تنظيماً، والتي يتطلبها التكيف عندما يلتحق بالصف الأول بالمدرسة، كما أنها عمر الاكتشاف وهي أيضاً عمر المشاكل والصعوبات وعمر اللعب واللعبة، وعمر التقليد، وعمر الاستكشاف وعمر الابتكار والإبداع، وعمر ما قبل الجماعة، وعمر السؤال والجواب كل هذه المواصفات وتميزها تنطبق على فترة ما قبل المدرسة (سعدية بهادر، 1994، 209).

ويلتحق الطفل في سن السادسة بالمدرسة، وفيها يمارس اللعب الجماعي وإن كانت طاقاته على العمل الجماعي محدودة وغير واضحة، ومن خلال هذا اللعب الجماعي يتعلم الأطفال الكثير من أنفسهم، وتتسع دائرة اتصالاتهم الاجتماعية، وهذا

يتطلب فهم أنواع جديدة من التوافق، وتتميز هذه الفترة بازدياد الصداقات، ثم يتوقف التعاون وتبرز الزعامات بينهم، كما يحقق الطفل مكانته الاجتماعية ويجذب انتباه الآخرين (عباس عوض، ب ت، 109-110).

وفي مرحلة الطفولة المتأخرة يزداد احتكاك الطفل بجماعات الكبار، واكتسابه معاييرهم واتجاهاتهم وقيمهم، ويزداد تأثير جماعة الرفاق، ويكون التفاعل الاجتماعي مع الأقران على أشده، ويبدأ تأثير النمط الثقافي العام وتنمو فردية الطفل وشعوره بفردية غيره من الناس، ويزداد الشعور بالمسئولية والقدرة على الضبط الذاتي للسلوك، وتميل الميول الى التخصص أكثر، وتصبح أكثر موضوعية، وتبزغ الميول المهنية، ويتوحد الطفل مع الدور الجنسي المناسب (كريمان بدير، 2007، 162-163).

ومن أهم الخطوات الرئيسة للنمو الاجتماعي في مرحلة المراهقة بالنسبة للمراهق التقليد ويبدأ عندما يبلغ الفرد 12 سنة وتوشك أن تنتهي في الخامسة عشرة من عمره وتتميز بإفراط إعجاب المراهق بزملائه، ومحلة الاعتزاز بالشخصية وتبدأ بعد سن الخامسة عشرة من العمر وتتميز بمحاولة المراهق الانتصار على زملائه في ألعابه، ومرحلة الاتزان الاجتماعي وتبدأ في أواخر المراهقة، وقبيل البلوغ، وتبدو في تخفف المراهق من العصيان والاندفاع والتهور (فؤاد البهي السيد، 1997، 332).

النمو الاجتماعي لدى التوحديين

الأطفال الرضع التوحديون في المرحلة ما بين 9-12 شهراً والذين تم تشخيصهم في وقت متأخر يختلفون في النمو الشاذ وتأخر النمو لكل من المثيرات الاجتماعية واللااجتماعية (Baranek , 1999) فهم يبدون تفاعلات اجتماعية متدنية، ونقصاً في تعبيرات الوجه، وتشتتا في الانتباه، وخلال السنة الثانية، تجاهل الأفراد الآخرين، وتفضيل الوحدة، وعدم وجود اتصال العين، ونقص في الإيماءات المناسبة للموقف، والوضع الشاذ، ولا توجد تعبيرات عن الانفعالات. ويشير تريباجنير (Trepagnier , 1996) الى أنه ينقص الأطفال التوحديين من مرحلة المهد ما يعرف بالابتسامة الاجتماعية والحملقة في الأخريين (التواصل البصري) وتعبيرات الوجه.

وفي هذا الصدد تشير نتائج دراسة ماتسون وآخرين (Matson et al., 2009) الى أن تشخيص اضطراب طيف التوحد يرتبط بإعاقة اجتماعية خطيرة. والبنود التي تكون أكثر شيوعاً وتمثل مشكلة لهؤلاء الأفراد تتضمن تفضيل البقاء بمفردهم، وتجنب اتصال العين، وإظهار السلوك النمطي الشاذ.

ويرتبط الأطفال الصغار بالأشخاص الذين يعتنون بهم بطريقتين: إحداهما وسيلية لرغبتهم في الحصول على شيء ما والأخرى اجتماعية حيث تكون التفاعلات الاجتماعية ممتعة في حد ذاتها. فعندما تبتسم الأم يقوم الطفل بالمحاكاة لها أي يبادلها نفس الابتسامة عندها تتطور هاتان المهارتان الابتسامة الاجتماعية والقدرة على المحاكاة بالنسبة للطفل، أما بالنسبة للام الإحساس بسعادة جديدة بطفلها وشعور بالرضا، وتزداد قوة الجانب الاجتماعي من تفاعلهما وارتباطهما العاطفي.

ومع ذلك فإن مقدار ما تعلمه الطفل عن العالم الفيزيقي المحيط به يكون كبيراً خلال السنة الأولى، وهذا يشكل جانبا كبيرا من حياته، وفي السنة الثانية من التعلم الاجتماعي تزداد معارفه الاجتماعية من خلال ما يتلقاه من رعاية مانحي الرعاية أو في ضوء عمليات التقليد التلقائية، وفي هذه الحالة تتضح احدى أهم سمات الطفل التوحدي حيث يكون لديه قصور واضح في هذه الجوانب، ولا شك أن التعلم الاجتماعي يكون تراكميا، فالطفل الذي يتعلم مهارات الحساب يمكنه من تعلم الجبر، وهذه المهارات الأخيرة تمكنه من مادة التفاضل والتكامل، وهكذا فإن المهارات الاجتماعية المبكرة تمكنه من اكتساب المزيد من المعارف مع التقدم في العمر الزمني(Bushwick , 2000 ,55).

ويشير (محمود حمودة،1991، 98) الى الصورة الإكلينيكية للطفل التوحدي بأنه طفل يتسم بخلل في التفاعل الاجتماعي، حيث يفشل في تنمية علاقات مع الأشخاص، ويعاني من نقص الاستجابة للآخرين والاهتمام بهم، ويظهر ذلك في عدم دفء العناق معه، ونقص التواصل بالعينين والوجه، وعدم التمايز أو كراهية العواطف والتلامس الوجداني، وقد يرتبط الطفل ميكانيكياً بشخص بعينه، وأحياناً يكون ارتباط بعض هؤلاء الأطفال بوالديهم غريباً، مثل الطفل الذي يبدو أنه يتعرف على والدته أساساً عن طريق الشم.

وفي سياق الخبرات يكون الطفل التوحدي مختلفاً، فكل شيء يخبره الفرد يمكن فهمه من خلال السياق الذي حدث فيه(Wittgenstein , 1958) وفي الواقع فإن الطفل التوحدي يكون سياقه هو أفكاره الخاصة به، وتكون أقل عن العالم الخارجي، وعن أفكار الآخرين.

والأفراد التوحديين ذوي الأداء الوظيفي المرتفع يبدون عادة من القصور في السلوك الاجتماعي والذي من شأنه أن يساهم في صعوبات في كل جوانب الأداء الوظيفي، وحوالي من 5 الى 15٪ من الأفراد التوحديين يحققون أداء سوياً من الحياة الاجتماعية السوية في المدرسة أو العمل، والقليل منهم يحققون استقلالا كافيا للزواج، وأن يكونوا مستقلين في حياتهم المنزلية (Howlin , 2000; Howlin &Goode , 1998 ; Nordin & Gillberg , 1998)

ومن المتوقع أن تستمر هذه السمات مع الطفل التوحدي في مراحل حياته الأخرى، وفي مرحلة المراهقة تكون قدرة التوحدي على التقليد منخفضة للغاية، ولا يشارك في الألعاب التنافسية مع الأقران، وتعصف به تغيرات المراهقة، مما يفقده اتزانه الانفعالي.

أسباب القصور في النمو الاجتماعي

- يُنظر الى الأطفال التوحديين على أنهم شواذ من الناحية العصبية الفطرية، ويكون نمو ادراكاتهم شاذا من خلال المعايير الثقافية المفروضة عليهم في المجتمع.
- القصور في التجهيز الحسي لدى الأفراد التوحديين يؤثر على قدرتهم على التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين.
- الطفل التوحدي يكتسب فهما للعالم الفيزيقي المحيط به، ويزداد اهتمامه بالعالم غير الإنساني، وعلى الرغم من أن الإنسان يمثل جانبا من هذا العالم، إلا أنه يكون معقداً بالنسبة للطفل التوحدي، وحتى هؤلاء الراشدين التوحديين ذوي الأداء الوظيفي المرتفع والذين نالوا حظاً وافراً من التعليم والتدريب، والتفكير، واستخدام وسائل متنوعة للتعلم، لاكتساب المدى السوي من المهارات الاجتماعية، فإن تعلمهم الاجتماعي يبقى دائماً في صراع حاد بسبب أن ميكانزمات التعلم الاجتماعي ذاتها تكون معوقة لديهم (Bushwick , 2000 ,58)

- الشذوذ في المخ في القشرة قبل الجبهية الظهرية الجانبية Dorsolateral Prefrontal Cortex (Bradshaw &Sheppard, 2000) يكون متضمنا، والعجز عن التواصل الاجتماعي يكون شائعا لدى التوحديين يفسر في إطار التلف الذي يلحق باللحاء الصدغي الأمامي Anterior Temporal والأميجدالا (توجه الاستجابات الانفعالية) (Emery , 2000).
- ولقد عرضت عدة اقتراحات لملاحظة القصور الاجتماعي لدى الاطفال التوحديين من بين هذه الاقتراحات بأن القصور الواضح لدى الافراد التوحديين في فهم الناس الآخرين وقدرتهم العقلية وهذا ما يسمى بنظرية العقل (Baron – Cohen et al., 1985; Leslie and Frith, 1987).

المهارات الاجتماعية Social Skills

يعرف (محمد السيد عبد الرحمن، 1998) المهارات الاجتماعية إجرائياً على أنها "قدرة الطفل على المبادأة بالتفاعل مع الآخرين، والتعبير عن المشاعر السلبية والإيجابية إزاءهم، وضبط انفعالاته في مواقف التفاعل الاجتماعي وبما يتناسب مع الموقف".

والمهارات الاجتماعية سلوكيات محددة تسهل التفاعل بين الأشخاص مؤدية الى الكفاءة الاجتماعية، والتي تُرى على أنها إظهار لتلك المهارات في أوقات وأماكن صحيحة من خلال الإدراك الاجتماعي، والمعرفة والحكم لضبط السلوك لمقابلة تلك المواقف المختلفة. (Korinek & Polloway , 1993) .

والمهارات الاجتماعية تكون ضرورية على نحو فعال في التفاعل مع الآخرين، وتكون حيوية في التعامل مع المواقف المعقدة (Matson &Swiezy , 1994).

وتتضمن المهارات الاجتماعية:

1. القبول الاجتماعي، وقبول الأقران.
2. رفض الأقران.
3. المركز أو المكانة المدركة.
4. عدم النضج.
5. حل المشكلات الاجتماعية (Swanson & Malone , 1992).

وتعتمد تنمية المهارات الاجتماعية على

- تطوير القدرة على التحكم في التركيز والانتباه، وهذا من خلال مهارات الجلوس والنظر والاستماع الجيد.
- تطوير الوعي بالأطفال الآخرين بالمجموعة، وهذا من خلال أنشطة تبادل الأدوار.
- التركيز على الاستخدام الاجتماعي للغة، وهذا من خلال مهارات الاختيار والتحية والطلب والمنح.
- تكوين أسس فهم العالم المحيط بهم من خلال الأنشطة المرتبطة بخبراتهم وأمور حياتهم اليومية (مورين أرونز ، تيسا جيتنس، 2005، 57).
- على التواصل الفعال، والتواصل يكون القدرة على التعبير وتفسير المعلومات من خلال إشارات إرادية أو لاإرادية (Krauss &Fussell, 1996).

المهارات الاجتماعية لدى التوحديين

- المهارات الاجتماعية من الميلاد حتى 18 شهراً يتجنب الطفل التوحدي التواصل البصري، ويقاوم الاحتضان من قبل مقدم الرعاية، ويبتسم متأخراً أو لا يبتسم، يرفض الجهود لإراحته، ويصاب تصلب أو انقباض الجسم عند حمله، غير مهتم بألعاب الأطفال، وفي 1.5 الى 4 سنوات، يتجنب التواصل البصري، ويرفض الجهود لإراحته ويفضل اللعب وحده، ويفتقر الى مهارات التقليد، ويبدو غير مدرك للأفراد الآخرين، وفي 4 سنوات فأكثر يفتقر الى مهارات التقليد، يقاوم العاطفة الجسمية، والافتقار الى استجابات اجتماعية وانفعالية مناسبة (إبراهيم الزريقات، 2004، 182).وتستمر هذه السمات في مراحل الطفولة الوسطى والمتأخرة.
- القصور في المهارات الاجتماعية لا يتغير مع التقدم في النمو، ويرجع ذلك الى تقدم الأطفال التوحديين في العمر الزمني وزحفهم الى مرحلة المراهقة بما تتصف بها من تعقيدات (Schopler & Mesibov , 1983).

يعاني المراهق التوحدي من عواقب مباشرة وغير مباشرة مرتبطة بالقصور في التفاعل الاجتماعي مع الأقران العاديين(Bauminger &Kasari , 2000)

والمراهق التوحدي في مجال الدمج لديه مخاطر أكبر لرفض الأقران والعزلة الاجتماعية (Chamberlain , 2000).

لقد تابع رمزي وآخرون (Rumsey et al., 1985) 14 من الأفراد التوحديين، تراوحت أعمارهم مابين 18-39 سنة. وأظهرت نتائج الدراسة أن القصور الاجتماعي ظل مستمراً طوال فترات المتابعة.

ويشير تسي وآخرون (Tse et al., 2007) الى أن المراهق التوحدي ذو الأداء الوظيفي العالي على وجه الخصوص مقارنة بالمراهق التوحدي ذي الأداء الوظيفي الأقل يكون أحسن وعياً وإدراكاً للصعوبات التي يمكن تجنبها في لقائه مع أقرانهم.

- أحد أوجه القصور في المهارات الاجتماعية المركزية يكون الفشل في المبادأة في التفاعل الاجتماعي، والاستمرار في المحادثة مع الأفراد الآخرين (Backeman &Adamson , 1984; Tomasello, 1995)

ويحدد التفاعل الاجتماعي بوصفه عملية متبادلة في تأثير المبادأة بالأطفال واستجابات لتقديم التأثير الاجتماعي (Shore, 1987) والعجز في التفاعل الاجتماعي يشكل السمة الرئيسية للأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد (DSM-IV .,1994)

لقد فحص بومنر وآخرون (Bauminger et al., 2003) الفروقات في التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحديين مرتفعي الأداء الوظيفي مع أقرانهم العاديين، وانتهت نتائج الدراسة الى وجود تكرار مرتفع من المبادأة الاجتماعية والاستجابات تكون موجهة نحو القرين العادي في مقابل الأقران غير العاديين، لاسيما في سلوكيات التقارب البدني، والتواصل الوظيفي، والدمج بين التواصل بالعينين والابتسامات، وكانت الفروقات بين المجموعتين في التفاعل غير دالة إحصائياً لمعظم السلوكيات المحددة المختبرة (التواصل بالعينين – الابتسامات مع عدم وجود تواصل بالعينين، المشاركة).

ويفسر أداء الأطفال التوحديين عالية الأداء بأنه أقل من الأطفال العاديين في النمو فلديهم صعوبات كبيرة في تقديم المعرفة الاجتماعية ، وفهم أسباب العواطف

(Bormann et al., 1995)، والتفاعلات الاجتماعية بين الأطفال التوحديين تشكل حلقة من نقص الوعي مع الآخرين، فمعظمهم لديهم قصور شديد ، وعلاقات مع الأقران غير طبيعية. (Volkmar, & klin, 1997)، والقصور في التنشئة الاجتماعية يكون مصدرا رئيسيا للطفل التوحدي بصرف النظر عن القدرة اللُغوية والمعرفية .(Carter et al., 2005)

الكفاءة الاجتماعية Social Competence

تعرف الكفاءة الاجتماعية بأنها "امتلاك واستخدام أنماط السلوك المعرفية والانفعالية والحركية التي تقود في موقف اجتماعي ما الى توازن ملائم طويل الأمد بين العواقب السلبية والايجابية. ويُعرفها آخرون بأنها الامتلاك والاستخدام المناسب لأنماط السلوك (الحركية والمعرفية والانفعالية) من أجل المواجهة الفاعلة مع مواقف الحياة المهمة بالنسبة للفرد ومحيطه (سامر جميل، 2007، 485 -486).

وهناك أربعة جوانب أو مظاهر مهمة للتعريف هي:

الأول: الكفاءة تكون حكما على سلوك الفرد وليس على خصائصه.

الثاني: إن الحكم ينبغي أن يُبنى على السلوك الحادث داخل الموقف الذي يحدث فيه.

الثالث: الحكم الذي يتم على أساسه تقويم كفاءة الأداء، ينبغي أن يكون على أساس القيم الصريحة أو الضمنية (Schlundt & Mcfall , 1985 , 22).

الرابع: أن يستخدم مصطلح الكفاءة الاجتماعية لوصف: السلوك والفهم والقبول الاجتماعي. والمعرفة الاجتماعية، وتفاعل الأقران، والمعرفة الاجتماعية تكون مرتبطة بصورة كبيرة بالإمكانيات الانفعالية الاجتماعية والمعرفية. المنبهات أو التلميحات الانفعالية أو الانفعالية – الاجتماعية اللفظية وغير اللفظية، المعلومات مثل التعرف وفهم أفكار الآخرين، ومشاعرهم، وتوقعاتهم (Bauminger et al., 2005; Crick & Dodge , 1994; Haager &Vaughn , 1995 , 205)

ويمكن التمييز بين المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية، حيث ينظر الى المهارات الاجتماعية على أنها سلوكيات، وإلى الكفاءة الاجتماعية باعتبارها تمثل الحكم على هذه السلوكيات (Gresham & Macmillan , 1997 , 381).

أهمية الكفاءة الاجتماعية

- إنها تمثل احدى الجوانب مهمة في نمو كل الأطفال، كما أنها تنبئ بالأداء السيكولوجي والاجتماعي طويل المدى (Gresham et al., 2001).
- تلعب الكفاءة الاجتماعية دوراً مهماً في تحديد التوافق السلوكي والانفعالي في مرحلة الطفولة والمراهقة والرشد. وعلى هذا فإن الصعوبة في نمو الكفاءة الاجتماعية، وفي الخصائص المميزة للتوحديين، تؤدي الى تأثيرات في التوافق السلوكي والانفعالي (Denham et al., 2001 ; Meyer et al., 1990 ; (Spence , 2003)
- القصور في الكفاءة الاجتماعية يؤدي الى القلق واضطرابات المزاج (Myles et al., 2001)

الكفاءة الاجتماعية لدى التوحديين

1. القصور في الكفاءة الاجتماعية تكون مقررة كخصائص واضحة للأطفال والمراهقين التوحديين (Bauminger , 2002 ; Rutter , 1970).
2. أسفرت نتائج دراسات بومنر وكاسري، جيلبيرج ستيفنبيرج (Bauminger &Kasari , 2000 ; Gilberg &Steffenburg , 1987) عن وجود قصور في الكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال والراشدين التوحديين، وقصور في العلاقات الاجتماعية الدالة، والوحدة.

تفسير القصور في الكفاءة الاجتماعية لدى التوحديين

يمكن تفسير القصور في الكفاءة الاجتماعية في ضوء:

1. نقص الكفاءة الاجتماعية للأحداث الاجتماعية التي ترى في الأطفال التوحديين من الممكن أن تكون مرتبطة بصعوبات ظاهرة لجعل سلوكيات الأطفال التوحديين حساساً للمعززات الاجتماعية (Ferster , 1961 ; Schreibman , 1988).
2. هذه الأنماط السلوكية النمطية في الغالب التي ترى في هؤلاء الأطفال من الممكن أن تعوق أو تمنع التواصل مع مصادر بديلة من التعزيز وتفسر نقصهم للحساسية للأحداث الاجتماعية (Koegel &Covert , 1972 ; Mullin &Rincover , 1985).

3. هدفت دراسة هيلتون وآخرين (Hilton et al., 2007) الى فحص العلاقة بين الكفاءة الاجتماعية والتجهيز الحاسي للأطفال باضطراب طيف التوحد من ذوي الأداء الوظيفي المرتفع، وقد أجريت الدراسة على عينة بلغ قوامها 36 طفلا، وتراوحت أعمارهم ما بين 6 الى 10 سنوات. وانتهت نتائج الدراسة الى أنها أضافت فهماً واضحاً للعلاقة بين التجهيز الحاسي والكفاءة الاجتماعية لهم. وكانت درجة الارتباط تشير الى أن التجهيز الحاسي يكون دالة لشدة الاضطراب التوحدي، ويكون عاملا مهما عندما نهتم بدراسة الكفاءة الاجتماعية لهؤلاء الأطفال.
4. الاضطراب الأساسي الذي يعاني منه الطفل التوحدي يتركز في قصور علاقاته الاجتماعية مع الآخرين. وشخصية الطفل التوحدي مرتبطة بهذا القصور، وهذا السلوك الاجتماعي يكون علامة واضحة لاضطرابهم ومصدرا للصراع في مرحلة الطفولة المبكرة. ويعلن هذا الصراع عن نفسه في الوحدة الاجتماعية الصغيرة ألا وهي الأسرة، والتي تُبنى على الروابط الانفعالية لكل عضو منها. والأطفال في الأسرة يؤثر كل منهم في الآخر من خلال هذه المشاعر القوية. ولاشك أن مشاعر الإحباط والفشل داخل الأسرة تؤثر سلباً على أعضائها (Frith , 1989-A , 77).

وعلى الرغم من القصور في الكفاءة الاجتماعية المقررة تكون هناك خصائص مميزة للأفراد التوحديين من ذوي الأداء الوظيفي المرتفع(Prior &Ozonoff , 1998). وهناك قصور في الكفاءة الاجتماعية لكل من الأطفال والراشدين التوحديين، ونقص في العلاقات الاجتماعية الدالة (Green et al., 2000; Gilberg &Steffenburg , 1987 ; Venter et al., 1992)

العزلة الاجتماعية

العزلة الاجتماعية هي إحدى أشكال العلاقات المشوشة بين الأطفال، وقد تعزى أسباب العزلة الى الخوف من الآخرين لتجنب مشاعرهم السالبة. وإن الآباء الغاضبين يجعلون أطفالهم يتجنبونهم بسبب الخوف منهم، أو الى قلة المهارات الاجتماعية، حيث يجب على الآباء التعرف على أية مهارات تنقص أطفالهم ربما لا يعرف أبناؤهم التحدث أو التعبير عن أنفسهم، رفض الوالدين للأصدقاء، إن رفض

الآباء لأصدقاء أطفالهم يقود الآباء الى رفض أبنائهم من أن يكونـوا اجتمـاعيين، وأن النتيجة سوف تقود الى عزلتهم الاجتماعية (شيفر وملمان، 2006، 267-268).

يتصف الطفل التوحدي بالعزلة الاجتماعية. وقد اعتبر هذا المظهر السلوكي من الأعراض الجوهرية للتوحد منذ اكتشافه لهذا الاضطراب، حيث تنقـصه القـدرة علـى تكوين العلاقة مع الناس المألوفين لديه، كما يفضل البقاء وحيـداً، ويتجنـب المواجهـة بالنظر والتحديق بالعينين في الأشـياء وفي الآخـرين إضـافة الى ضـعف التواصـل مـع الآخرين (السيد عبد الحميد، محمد فاسم، 2003).

ويتصرف الطفل التوحدي وكأنه وحيد منعزل لا يسمع الأصـوات والـضجيج من حوله، كما لو كان كل من حوله غير موجودين، علـى الـرغم مـن ظهـور بعـض الاستجابات المفاجئة أحياناً، يسمع الصوت الخافت ولا يسمع الصوت الآلي، يـسمع الموسيقى ولا يسمع اسمه، نظرته بعيدة كأنه ينظر الى الأفق نظرة شاردة ولا يهتم بمـن يجلس معه، بقدر ما يلفت نظره أحد أعضاء الجسم كاليد أو الإصبع، فتراه ينشغل به، متناسياً أن من أمامه إنسان متكامل (سعد رياض، 2008، 15).

والتوحديين قادرين على إقامة علاقات انفعاليـة دافئـة مـع الآخـرين، فهـم لا يستجيبون الى سلوكيات آبائهم العاطفية مثل الابتـسامات، وبـدلاً مـن ذلـك فهـم لا يفـضلون أن يحتـضنوا أو أن يقبلـوا، ولا يوجـد فـرق في سـلوكياتهم تجـاه الأفـراد والأشياء، ويمتازون بغياب التواصل البصري وتجنـب التحـديق (إبـراهيم الزريقـات، 2004، 39).

والوحدة تكون مقـررة في غيـاب الـصداقات في الأطفـال التوحـديين مرتفعـي الأداء الوظيفي أثناء مرحلة ما قبـل المراهقـة، وأثنـاء مرحلـة المراهقـة (Bauminger &Kasari , 2000)

وانتهت نتائج دراسة دراسة ليـزا ووليـامز (Lisa & Williams ,2007) والـتي أجريت على عينة من طلاب الجامعة بلغ عددها 97 طالبا تراوحت أعمارهم الزمنيـة ما بين 19-20 سنة، الى أن الأفراد التوحديين شديدي الإعاقـة يعـانون مـن درجـات مرتفعة من الشعور بالوحدة، كما تميزت فترة صداقاتهم مع الأقران بأنهـا كانـت أقـل مدة وأقصر.

إن الأفراد الذين يوصفون بأنهم في وسط اجتماعي لا يسعون للتفاعل الاجتماعي مع الآخرين(ما لم يريدوا شيئاً) ولا يتجنبون المواقف الاجتماعية بفاعلية، فلا يبدو أنهم يكرهون الاختلاط مع الناس ولكن في نفس الوقت لا يجدون بأساً في الخلو مع أنفسهم، ويعتقد بأن هذا النوع من السلوك الاجتماعي شائع لدى أغلبية الأفراد التوحديين (كوثر عسلية، 2006، 147).

أسباب العزلة الاجتماعية لدى التوحديين

1. يتجنب الأطفال التوحديون المبادأة الاجتماعية أو لديهم نقص فيها (Sigman & Ruskin , 1999)
2. كما أن الأطفال التوحديين لا يستقبلون مبادأة من الآخرين، كما أنهم مرتبطون بتفاعلات اجتماعية منخفضة.
3. التفاعلات الاجتماعية للعديد من الأطفال التوحديين لا تكون نشاطا مفضلا، فيتجنب هؤلاء الأفراد فعلياً كل أنواع التفاعل الاجتماعي، والاستجابة الأكثر شيوعاً هي الغضب أو الهروب بعيداً عندما يحاول أحد الناس التعامل معهم، وبعض هؤلاء الأطفال يحنون ظهورهم ممن يقدم لهم المساعدة لتجنب الاحتكاك.
4. يرتبط الأطفال التوحديون بمعدلات مرتفعة من الحركات النمطية المتكررة، ومعدلات مرتفعة من إصابة الذات، وسلوكيات التحدي الأخرى، ومعدلات منخفضة من الاقتراب بالأقران.
5. تدعم نتائج دراسة ليزا ووليامز (Lisa & Williams ,2007) وجهة النظر الفردية للأشخاص التوحديين بأنه ليس من الضروري أنهم يفضلون الوحدة. لكن زيادة خبرتهم في مستوى الوحدة ترتبط بنقص فهمهم للمهارات الاجتماعية.

تحديق العينين

تحديق العينين منبه اجتماعي مهم لأنه يعكس رغبة الفرد في التواصل مع الأحداث الاجتماعية المهمة في البيئة. وتحديق العينين ينمو في الأطفال حديثي الولادة (2-5 أيام) ويكون الطفل الرضيع قادراً على التمييز بين النظرة المباشرة وتلك التي يتم تجنبها (Farroni et al., 2002)

وفي عمر من 10-12 شهراً، يكون الأطفال النمائيون المماثلون قادرين على اتباع التحديق الموجه بمفرده، وفي 14- 18 شهراً من العمر يُظهر الأطفال العاديون الاهتمام المشترك (استقبالاً وإنتاجاً).

يفتقد الطفل التوحدي الى الملامح الخاصة بالطفل الرضيع بسرعة كبيرة. كما أن مظهر هؤلاء الأطفال يتباين بدرجة كبيرة، وغالبية العلاقات الاجتماعية تُبني على اتصال العين. والطفل التوحدي يتطلع الى الأشياء ويراها جيداً إلا أن هذا الاضطراب (فقد الاتصال بالعين) يتضح جلياً عندما يتحدث إليه الآخرون (Frith , 1989-A , 68-69).

والأطفال التوحديون أقل احتمالاً لأن يستجيبوا لابتسامات أمهاتهم من أقرانهم العاديين (Wetherby et al., 2000).

ويستمر هذا العجز الواضح في الاتصال بالعين أثناء مرحلة الطفولة: الرضاعة، والطفولة المبكرة، والمراهقة (Lord et al., 2000).

وبالرغم من هذا القصور الملحوظ في تحديقات العين في مراحل النمو المختلفة إلا أن الدراسات التي أجريت على الأطفال الأكبر سناً والمراهقين والراشدين التوحديين لم تجد هذا القصور. حيث يتمكن الطفل والمراهق والراشد التوحدي من استخدام تحديقات العيون عندما تكون المثيرات البصرية نسبياً غير معقدة (Kylliainan &Hietanen , 2004).

وعندما يوجهون إرادياً أو أوتوماتيكياً تحديقات العينين على شاشات الكمبيوتر (Vlamings et al., 2005).

أسباب العجز في تحديق العينين لدى الأطفال التوحديين

- الطبيعة سريعة الزوال والقصيرة للنظرة، ولكن يجب أن نركز على أن الطفل يظهر من البداية انسحاباً اجتماعياً، وبالتالي فإن هذا ما يفسر فقد الاتصال بالعين مع الآخرين (Frith , 1989-A , 68-69).
- صعوبة التنسيق بين العينين، أو العجز عن تفسير الرسائل والانفعالات التي تصدرها العينين. أو صعوبات في التجهيز الوجهي تكون مقررة على نحو كبير (Baron-Cohen , 2001)

- القصور في الاهتمام المشترك لدى الطفل التوحدي يعرقل نمو وتطور نظرية العقل (Charma& Colleagues , 2000).

العوامل التي تؤثر على النظر الى الغير لدى الأشخاص التوحديين

- تتغير سلوكيات النظر الى الغير نتيجة للتطور، فكلما كان الأشخاص التوحديون أكثر تقدما في تطورهم اللغوي، كانوا أكثر وأطول أداء للالتقاء البصري.
- أن يكون الوضع منظماً، أي إن كان هناك وضوح للشيء المطلوب عمله، والطريقة التي يعمل بها، والمدة التي يستغرقها، زادت مدة الالتقاء البصري بشكل عام والعكس صحيح.
- في الأوضاع التي يقلد فيها شخص بالغ أفعال الأطفال التوحديين، ويتابع ما يقومون بة يزداد الالتقاء البصري لديهم.
- عندما ينهمك طفل توحدي في اللعب مع شخص آخر وجهاً لوجه، سينظر الطفل الى وجه الشخص البالغ، كما يفعل أي طفل عادي أو ربما أكثر، ولكنة سيزيح بصرة عنه عند انتهاء اللعبة (وفاء الشامي، 2004،58-59).

الاهتمام المشترك Joint Attention

تُعرف مهارات الاهتمام المشترك على أنها "مجموعة من مهارات التواصل الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي كالإيماء، والالتقاء البصري، وتعبيرات الوجه، والتبادلية، والسلوك الاشاري، والتعبير عن العواطف وفهمها، والتي تتيح للطفل مشاركة الخبرة بشيء أو حدث مع شخص آخر (وفاء الشامي، 2004، 75)، (Charman , 2003).

وعلى هذا يحدد الاهتمام المشترك على أنه" انتباه مشترك ومنسق بين شخصين إزاء موضوع أو حدث ما، أو يشار إليه في الغالب على أنه علاقة بين ثلاثة: الذات، والآخر، والموضوع (Adamson et al., 2004 ; Bakeman &Adamson , 1984; Tomasello, 1995)

ويعود الاهتمام المشترك الى سلوك الاشتراك في النظر الى نفس الشخص ونفس الشيء، فالطفل ينظر الى أين ينظر الشخص الآخر، أو يشير، وما هو مميز في سلوك

الاهتمام المشترك هو أن الطفل لا يهتم بالأشياء، ولكنه مهتم باتجاهات الشخص الآخر نحو الشيء، وإن الانتباه الى الشيء الذي ينتبه إليه الشخص الآخر يعد من الملامح النمائية الرئيسية والذي يُعرض الطفل الى تعدد فرص التعلم، فعندما ينظر الطفل الى نفس الشيء الذي ينظر إليه الشخص الآخر، فالطفل لا يشارك فقط الشخص الآخر بالاهتمام ولكن أيضاً يحصل على معلومات حول مشاعر الشخص الآخر (إبراهيم الزريقات، 2004، 41).

وتشير الدراسات المبكرة الى وعي الأطفال الرضع بقبول الآخرين، ولذلك يُقدر الاهتمام المشترك بأنه يمثل مَعلما رئيسيا في نمو الطفل (Charman , 2003).

وينقسم الاهتمام المشترك الى قسمين هما: الاستجابة للانتباه المشترك Responding to Joint Attention ومهارات المبادأة في الاهتمام المشترك Skills in Initiating Joint Attention (Mundy et al., 1996).

ويشير النوع الأول الى استجابة الطفل التوحدي لمحاولات الطفل الآخر في مبادأة الاهتمام المشترك مثل أن يستخدم الإشارة، أو يلتفت برأسه الى الآخر، أو من خلال تحويل نظرته، أما النوع الثاني فيتناول استخدام الطفل للاهتمام المشترك إما منفرداً أو مشتركاً من خلال اتصال العين أو الحملقة، والتعليق (Franco &Butterworth , 1996 ; Mundy et al., 1996 ;Seibert et al., 1982) ونمائياً فإن النوع الثاني يكون متوقعاً حدوثه من 9 الى 12 شهراً (Bakeman &Adamson , 1984). والأطفال التوحديون لديهم عجز محدد في هذه السلوكيات: التحديق والإشارة....الخ، والتي تستخدم للتواصل مع الشخص الآخر، أو عمل اتصال بالعينين (Lewy &Dawson , 1992).

كما يتضمن الاهتمام المشترك وجهين: الاهتمام المشترك في الأحداث أو الأفعال، والاهتمام المشترك في الفهم، والأطفال التوحديون لديهم قدرة على استخدام الإيماءات الضرورية الأولية، لكنهم يعجزون عن عمل نفس الإيماءات لمشاركة الاهتمامات مع الآخرين.

ويشتق الاهتمام المشترك مبكراً قبل 9 أشهر من العمر. وسلوك الاهتمام المشترك في 3 شهور الى 9-10 شهور لدى الطفل الرضيع يتبع حركات الرأس، ويحول

تحديق العينين بطريقة تلقائية. ونمو مبادأة الاهتمام المشترك باستخدام تحويل النظر، والإشارة تتوقع أن تظهر في الفترة من 9-12 شهراً (Adamson &Mc Arthur, 1995 ; Bakeman &Adamson , 1984; Hood et al., 1998)

وبعد مرور 12 شهراً من عمر الأطفال الرضع فإنهم يصدرون نظرات تغير في حلقة العينين بدون مساندة من الراشدين، وهذا يعد تقدماً في النمو، وكلما تقدم الطفل في العمر الزمني فإنه يصدر خليطا من سلوكيات الاهتمام المشترك مثل تحول في حلقة العينين، والإشارة والتلفظ (Oyabu, 2004 ;Seibert et al., 1987; Tomasello , 1995).

وفي هذه المرحلة المبكرة يتم تدعيم الاهتمام المشترك من خلال التفاعل بين الأم أو المربية والطفل، واللغة مقررة، فالطفل يربط بين الكلمات والأشياء، وتفسير الإيماءات التواصلية للآخرين (Liszkowski &Tomasello , 2004).

وكل جوانب الاهتمام المشترك تكون معوقة لدى الأطفال التوحديين (Leekam et al., 1997)

وهناك قصور محدد بين كل من الطفل والراشد، وبين الطفل والراشد والموضوع في الاهتمام المشترك بين الأطفال التوحديين تقريباً في عمر أربع سنوات حيث يعتمد التوحديون على حضور الموضوعات في مجالهم البصري لتوجيه انتباههم بدلاً من التلميحات الاجتماعية من الراشدين (Leekam et al., 2000).

كما قرر إدرين وآخرون (Adrien et al., 1993) وجود نقص كلي في التواصل بالعين للأطفال الرضع في الفترة بعد الميلاد حتى عمر سنتين من العمر.

وانتهت نتائج دراسة ويلرايت وآخرين (Wheelwright et al., 2006) الى أن الطفل التوحدي لديه نقص واضح في قدرته على بناء علاقات مع الآخرين مشبعة بالتعاطف.

ومعظم التواصل المبكر بين الوالدين وأطفالهم الأسوياء ينشأ عن مشاركة في الاهتمام بالأشياء التي تستمر حولهم، ومن غير المحتمل أن يدعو الطفل التوحدي والديه للمشاركة في الاهتمامات. كما أنهم لا ينظرون الى آبائهم مثلما ينظرون الى ألعابهم، ولن يقدموا الأشياء الى آبائهم فهم يهتمون بالأشياء والموضوعات والأحداث

التي تقع تحت إحساساتهم المباشرة، فمن الممكن أن يكون انتباهم أقل أو لا يوجد انتباه لما يفعله الناس الآخرون (Lewis , 1987 , 142)

عدم قدرة الطفل التوحدي على تكوين علاقات مع الناس الآخرين، كما يفعل أي طفل عادي يرى نور الحياة ويعمل على تكييف نفسه مع العالم الجديد الذي يظهر فيه، لكن طفل التوحد يبدو في هذه الناحية أكثر اهتماماً بالأشياء المدركة بالحواس بدلاً من اهتمامه بالناس الآخرين، بمعنى أنه ليست لديه أية رغبة للتعرف أو سماع الآخرين ، ولا يعنيه أي أحد من الذين حوله لأنه يفضل الوحدة بخياله ، كما أن لديه صعوبة كبيرة لفهم وإظهار عواطفه ، وهذا بالطبع غريب ولا يمكن أن يظهر على الأطفال العاديين (محمد الفوزان،2003، 40).

والطفل التوحدي لا يبدو أنه يتفهم ما يقوله الآخرون، كما أن التفاعل الاجتماعي يكون محدوداً بدرجة كبيرة، كما أنه يتصرف كما لو كان الآخرون المحيطون بهم غير موجودين(Frith , 1989-A, 3; Norton &Drew, 1994 , 70).

يبدو أن عمل التوحديين من أجل محاولات إثارة وإسعاد الآخرين نادرة الوجود أو أنهم غير قادرين عليها، رغم أن بعضهم يحاولون مشاركة الآخرين اهتماماتهم أو أنشطتهم إلا أن هذا يتم بطريقة مكررة، وبالرغم من أنهم غير قادرين على مشاركة الآخرين الخبرات الممتعة فإن كثيراً من هؤلاء الأفراد يمكنهم مشاركة الآخرين الألم والأسى بطريقة طبيعية (محمد على كامل، 2003، 66).

أسباب العجز في تفاعلات الاهتمام المشترك لدى التوحدي

- يجد المصاب بالتوحد صعوبة في تكوين محادثة مع الناس الآخرين.
- المصاب بالتوحد غالباً ما يتحدث بصوت عال أو منخفض.
- يلتقط المصاب بالتوحد الحديث من الناس الآخرين متأخراً، وهذه مشكلة تمنعه من التكيف مع الناس والاهتمام بهم، لأنهم يصابون بالملل منه.
- هناك صعوبة في فهم حديث الناس الآخرين، ولذلك يكرر الحديث نفسه أحياناً مع الناس الآخرين، وهذا يسبب الملل لديهم. (محمد الفوزان،2003، 32-3).

- توجد لديهم مشكلة التحدث أو التعبير عن مشاعرهم وأحاسيسهم وخبراتهم إذ أنه من خلال مناقشة البالغين العاديين مع الصغار التوحديين، فإنه غالباً ما يظهر أنه قد تمت إثارتهم والسخرية منهم بشكل سيء في المدارس في بعض الأحيان من المدرسين، أو من الطلاب، أيضاً فإن التوحديين غالباً ما يكونون غير قادرين على شرح ماذا يشعرون به من انفعالات أو طلب المساعدة من ذويهم (محمد علي كامل، 2003، 66).
- الأطفال التوحديون ليست لديهم لغة كافية تُمكنهم من وصف الأحداث، ولا يستجيبون للمنبهات التي تظهر اللغة في سياقات مناسبة، ولا يعيرون انتباها للآخرين، والانتباه يكون للموضوعات والأحداث.
- ترجع الى الشذوذ في سلوكات التحديق الاجتماعي في الأطفال التوحديين، والى الأنماط المختلفة من التحديق، أو الى التوقيت الشاذ للتحديق الاجتماعي والذي يؤدي الى اللاتزامن في التفاعل بين الطفل ووالديه (Adrien et al., 1993).
- يعزى الى قصور ميكانزمات الانتباه (Baron-Cohen, 1995, Kasari, et al., 1990)
- ولدى الطفل التوحدي قصور في فهم ومعرفة المعنى للإيماءات مثل الإشارة أو التطلع، ومن الممكن أن يكون مرتبطا بتأخر اللغة الاستقبالية واكتساب اللغة الكلية (Main , 1983)
- لا يعرف متى يبدأ الحديث ومتى ينتهي منه.
- غير قادر على التحدث في موضوع محدد له بداية ونهاية.
- ليست لديه القدرة على انتظار الدور في الحديث مع الآخرين.
- عندما يلقي التحية على أحد فلا ينظر له بل ينظر في الأرض، لأنه لا يستطيع أن يسلم بالأيدي، وينظر في وجه من يسلم عليه في نفس الوقت مما يسبب الملل لدى الناس.

العوامل التي تؤثر على المشاركة في تفاعلات الاهتمام المشترك لدى الأطفال التوحديين

- **التطور الإدراكي واللغوي:** الأطفال التوحديون الذين يشاركون في تفاعلات الاهتمام المشترك لديهم مهارات إدراكية أفضل، وهم أكثر تطوراً من الأطفال الذين لا يشاركون في هذه التفاعلات.
- **التقليد:** إذا كان الشخص البالغ يقلد ويتابع ما يقوم به الطفل أثناء اللعب وما الى ذلك، فإن نسبة ظهور تفاعلات الاهتمام المشترك تزداد لدى الأطفال التوحديين.
- **تنظيم البيئة:** عندما يكون الوضع منظماً ومألوفاً لدى الطفل التوحدي، ينخفض العبء الذهني اللازم لمعالجة المعلومات الآتية من بيئة الطفل (وفاء الشامي، 2004، 85-86).

الرغبة في تكوين الصداقات Friendships

الصداقة مظهر قوي من مظاهر الألفة بين الأطفال، وهي تبدأ بين طفلين ثم تستطرد في نموها تبعاً لازدياد صلة الطفل بالأطفال الآخرين، وتقوم في جوهرها على عوامل نفسية وجسمية تجمع بين الرفيقين وتؤلف بينهما، فالصداقة بهذا المعنى هي إحدى الدعائم القوية التي تقوم عليها حياة الطفل النفسية والاجتماعية (فؤاد البهي السيد، 1997، 248 -249).

وترجع أهمية تكوين الصداقات الى أن الأطفال الذين يكونون أصدقاء يؤدون على نحو أفضل في المدرسة. كما أنها تؤدي الى خفض السلوكيات العدوانية، وإلى تحسن في المهارات المعرفية الاجتماعية، وذلك مقارنة بالأطفال الذين ليس لديهم أصدقاء والذين يزداد لديهم القلق الاجتماعي (Greco Morris , 2005 ;Ladd et al., 1999 ; Lavalle et al., 2005)

وتُبنى الصداقة بين الأطفال على التفاعلات الاجتماعية المتبادلة والتي تستغرق 6 شهور أو أكثر (Dunn, 1993)، وعلى إمكانيات الرفقة، وإن تكوين واستمرارية الصداقة بين الأفراد يعتمد على مهارات التفاعل بين الأشخاص، أي مقدرة الطفل على إنشاء العلاقة والرابطة العاطفية، وعلى المهارات المعرفية الاجتماعية، وعلى

نوعية التعلق بين الطفل ووالديه، وعلى الإحساس بالأمن أو عدم الأمن، والصداقة مع الأقران، فالأطفال الذين لديهم تعلق آمن سوف يكونون قادرين على بناء علاقة صداقة مع الآخرين يسودها الانسجام والمحبة، والألفة مقارنة بالتعلق غير الآمن لدى الأطفال.

ويلعب التعاطف والحساسية الاجتماعية دوراً مهماً في التجاذب الاجتماعي بين الأطفال حيث يصبحون واعين لأهمية السمات الشخصية كقواعد أساسية للصداقة وهي عملية تأخذ سنوات حتى تتحقق (واطسون، جرين، 2004، 552).

الرغبة في تكوين الصداقات لدى التوحديين

والتوحديون ذوي الأداء الوظيفي المرتفع في أواسط مرحلة الطفولة المبكرة والمراهقة لديهم على الأقل صديق واحد، وخاصة الأطفال الذين لديهم انخفاض في إمكانيات التفاعل الاجتماعي المعوق (Bauminger &Kasari , 2000 ; Koning & Magill-Evans , 2001 ; Orsmond et al., 2004)

ولا شك في أن الاستمرار في العزلة يجعل العجز واضحاً جداً في التعامل مع الأقران، والعديد من المراهقين لديهم نقص ملحوظ في قدرتهم على بناء صداقات مع الآخرين (Baxter , 1997)

وانتهت نتائج دراسة بومنر وشلمان (Bauminger &Shulman , 2003) الى أن الأمهات البالغ عددهن (14) أماً قررن أن طفلهن التوحدي الذي بلغ متوسط عمره 10.45 سنة لديه صديق، وهناك (7) أمهات حددن أن طفلهن التوحدي لديه صديق عادي، كذلك تم سؤال الأمهات عن أهم الأنشطة التي يمارسها أطفالهن التوحديون مع أصدقائهم الآخرين فكانت إجابات الأمهات للصداقات غير المختلطة (الطفل التوحدي مع الطفل المعوق) ألعاب الطاولة، التحدث معاً، أيضاً (بالتليفون)، وكان ذلك مقرراً لثلاثة أطفال من العينة الكلية بنسبة (42.8٪)، واللعب بالكمبيوتر، ومشاهدة شرائط الفيديو والتلفزيون كانت مقررة لطفلين بنسبة (28.5٪) واللعب التمثيلي، ولعب الكرة، وبالنسبة للأطفال التوحديين في الصداقات المختلطة (الطفل التوحدي مع الطفل العادي) فكانت أكثر الأنشطة المقررة من خلال ملاحظات الأمهات، مشاهدة التلفزيون وشرائط الفيديو، وكان ذلك مقرراً لخمسة أطفال بنسبة

(71.4٪) وبالنسبة للأطفال واللعب على الكمبيوتر بنسبة (57.14٪) واثنين من الاقران (28.5٪) ألعاب الطاولة، وتناول الطعام معاً، ولعب كرة القدم.

أما نتائج دراسة بومنر وآخرين (Bauminger et al., 2008) فقد أسفرت عن أن تفاعلات الصداقة المختلطة لعينة من الأطفال التوحديين والأطفال العاديين البالغ عددهم (26) طفلا، كانت الاستجابة أكثر للشخص الآخر، ولديهم مهارات لُغوية استقبالية جيدة، ويبدون توجهات اجتماعية كبيرة وتماسكا أفضل، ولعبا تآزريا معقدا مقارنة بأقرانهم من الأطفال في المجموعة غير المختلطة.

إن معظم الأشخاص التوحديين سيطورون نوعاً من الاهتمام بالناس. وإن بعضهم ولاسيما ذوي الأداء العالي منهم، يرغبون في أن يكون لهم أصدقاء. لكنهم في أغلب الأحيان يحسون بعدم ملاءمتهم ويدركون الفوارق التي تفصلهم عن باقي الناس. وبالرغم من هذا يتمكن بعض الأشخاص التوحديين من اتخاذ صديق، لكن هذه الصداقة تكون مبنية عادة على المشاركة في اهتمام معين قد يكون مستحوذاً على اهتمام الشخص التوحدي. ومع ذلك هناك أشخاص توحديون كثيرون قد لا يفضلون إقامة صداقة وثيقة مع أشخاص آخرين (وفاء الشامي، 2004، 144).

أسباب عزوف التوحدي عن بناء الصداقات مع الآخرين

- الصعوبة في الوصول الى الأشخاص الآخرين والتفاعل معهم.
- يفضلون العمل بمفردهم بعيداً عن عيون الناس الآخرين.
- عندما يحس التوحدي أن الناس من حوله يشعر بالخمول والتضجر.
- يقوم التوحديون بأعمال مزعجة لا يرضى الناس عنها، ويسبب ذلك لهم إزعاجاً، لذا يحاول الناس الابتعاد عنهم والبحث عن الهدوء.
- أحياناً يقوم التوحديون بالاحتكاك أو الاتصال، أو ملامسة أشياء غريبة، مثلاً يضع أو يدخل أحدهم عوداً أو شعرة أو أي شيء في فتحة أنفه، وبأسلوب غريب يلفتون نظر الناس من حولهم الذين لا يفهمون لماذا يقومون بهذا العمل، رغم أن هؤلاء المصابين بالتوحد لا يفهمون لماذا غضب الناس منهم (محمد الفوزان،2003، 30).

- يرجع الى صعوبات في فهم أفكار الأفراد الآخرين، والرغبات، والمشاعر (القصور في نظرية العقل)، وعجز في القدرة الأساسية لاختبار علاقات انفعالية تؤدي الى صعوبات في بناء علاقات الألفة والمودة مع الآخرين.

اللعب

اللعب هو أي سلوك يقوم به الفرد دون غاية عملية مسبقة. وهو نشاط حر موجه أو غير موجه يكون على شكل حركة أو سلسلة من الحركات، يمارس فردياً أو جماعياً، ويتم فيه استغلال لطاقة الجسم الذهنية والطاقة الجسمية أيضاً، ويمتاز بالخفة والسرعة في التعامل مع الأشياء، ولا يتعب صاحبه، وبه يتمثل الفرد المعلومات التي تصبح جزءاً لا يتجزأ من البنية المعرفية له، ولا يهدف إلا الى الاستمتاع، وقد يؤدي وظيفة التعلم (محمد صوالحة، 2004، 19).

ويرى اريكسون أن لعب الأطفال عبارة عن المظهر الطفولي للقدرة البشرية لهضم خبرات الحياة، إذ يمر الطفل في نموه بخبرات يصعب عليه هضمها فيخلق في لعبه مواقف نموذجية يسيطر فيها على الواقع بالتجريب والتخطيط (سعد جلال، 1985، 195).

وميز بياجيه (Piaget , 1952) بين اللعب الحسي الحركي والذي يتضمن المعالجة اليدوية للموضوعات أو الأشياء كوسيلة للممارسة والتمكن على الأشياء لتمثل حياة واقعية أو موضوعات متخيلة، ويقترح أن اللعب التمثيلي يزود الطفل بفرص لحياته ولعالمه الاجتماعي.

تتوقف فوائد اللعب والأنشطة على مدى مساهمتها في

- تسهيل إقامة علاقة علاجية مع الطفل.
- إثارة وتشجيع التفريغ الانفعالي (التنفيس).
- المساعدة في تنمية الاستبصار.
- إتاحة الفرص لاختبار الواقع.
- تهيئة الظروف للمساعدة على التسامي.

- يساهم اللعب في إكساب الأطفال المعاني والمفاهيم، وذلك من خلال اللعب بالأشياء والأدوات.
- جميع أنشطة اللعب نجد أنها تتضمن تدريباً للمهارات الحركية.
- يساعد الأطفال على الشعور بالسيطرة، كما يتيح لهم لعب الأدوار، وهو وسيلة لتفريغ الطاقة العدوانية (كريمان بدير، 2007، 221 -222، خالد عبد الرازق، 2003، 24-26).

فوائد اللعب لدى التوحديين

تزود مهارة اللعب المناسبة الأفراد التوحديين بعدد من الفوائد:

- تسمح مهارة اللعب للأطفال التوحديين بالإفادة من تفاعل اللعب، والتي تمثل طريقا للحصول على الخبرات الثقافية، والانفعالية، والاجتماعية، والتي يحتاج إليها النمو في مرحلة الطفولة المبكرة (Libby et al., 1997).
- تحسين مهارات اللعب المناسب والتي تكون غالباً مصحوبة بانخفاض في السلوكيات الاجتماعية غير المناسبة مثل نوبات الغضب، وإيذاء الذات (Stahmer & Schreibman , 1992 ; Eason et al., 1982
- تحسن المهارات اللُغوية المقترحة في إطار الدراسات التي أُجريت في مرحلة الطفولة، والتي تشير الى ألعاب أخذ الدور، والتفاعلات الاجتماعية عن اكتساب اللغة المبكرة للموضوعات (Bakeman &Adamson , 1984; McArthur &Adamson , 1996; Tomasello &Farrar , 1986 ; Willimans , 2003)
- تسهل مهارات اللعب المناسبة من الدمج للأطفال التوحديين في أوضاع الدمج داخل المدرسة، فهي تحسن من مهارات التفاعل الاجتماعي مع الأقران، والتي تدور حول اللعب ومواقف اللعب (Restall &Magill-Evans , 1994).

مراحل تطور اللعب لدى الأطفال العاديين

- اللعب في الأسابيع الستة الأولى: إن لعب الطفل مع أمه في الأسابيع الستة الأولى، يمارسه معظم الوالدين بطريقة آلية، يكون التفات الطفل الى الوجه الذي أمامه هو أول منبه للبدء في ممارسة اللعب، وتستجيب الأم ببعض الحركات، وتطلب الأم

من الطفل أن يبدأ هو بعد أن شاهدها تتحدث معه، أو أن تنقل إليه طلبا أو إشارة. وتمنح الأم الطفل وقتاً لتأدية ما طلبته منه كحركة تالية لما قامت به، ويكفي الأم أن تسمع أن ضحكة الطفل يصعب سماعها أو تخرج بصورة نصف مسموعة في الحوار الذي يديره سواء أكان بصورة متدنية الحركة أو الأداء، فإذا ابتسم فالأم تبتسم له ويتكرر هذا السلوك (يوسف قطامي، 2000، 286 -287).

- من 4 الى 8 أشهر يستعمل الطفل يديه بكل الطرق، فهو يلمس، يحك، يسحب، يضغط، يترك، ومن 8 الى 12 شهراً: يعمل الطفل على رمي الأشياء، ويكرر ذلك، ويحاول أن يرميها بعيداً وينبغي ألا تكون قابلة للكسر، ومن 18 شهراً الى السنتين يلمس كل شيء يحدث الضجيج، ينقل الأشياء، ويتنقل من أجل إشباع هذه الاهتمامات الجديدة، ومن السنتين والنصف حتى الثلاث سنوات يقلد الأطفال آباءهم أثناء قيادة السيارة، الحديث في الهاتف، الذهاب في رحلة، وفي سن الثالثة تلعب الفتاة دور الممرضة بواسطة محفظة تحوي ألعاباً طبية فتقوم بحقن لعبتها، والطفل يقوم بدور الجندي ويعلن الحرب (مرحلة حسية حركية) (مريم سليم، 2005، 36-40).

- وفي مرحلة الطفولة نلاحظ أن اللعب بسيطا عضليا، ثم يدخل الذكاء في لعب الطفل، ويفيد في النمو الجسمي والعقلي. وفي الطفولة المبكرة يكون اللعب في جملته فردياً، ثم يتجه الى المشاركة مع الآخرين، ويشاهد اللعب الإيهامي ثم يكون الطفل أصدقاء اللعب (حامد زهران، 1997، 317-318). وفي سن الخامسة يخرج الطفل الى الحدائق وهناك سيجد السلالم الخشبية التي يتسلقها، بجانب الطوق الذي يمكن أن يتعلق به، ويستمر استعماله للدراجة، وكل هذه الألعاب تفيد من الناحية الصحية، وفي هذا السن تبدأ العلاقة بين الطفل والحيوانات المنزلية ومن الحيوانات التي يمكن الإفادة منها الكلب، القط، الأسماك الملونة (أحمد الخالدي، 2008، 45 -46).

- لعب الطفل في مرحلة الطفولة المتوسطة: تتسم الألعاب بأنها تتفق مع قدرات الطفل في هذه المرحلة ومن هذه الألعاب الألعاب التركيبية والبنائية وألعاب الألغاز، والجري والقفز وركوب الدراجة الهوائية ذات العجلات الثلاث، ويشارك

الأطفال في أوجه النشاط المختلفة، ويحدث التنافس في إطار اللعب الجماعي، واللعب في هذه المرحلة يتحول من الرمزية والفردية والخيال الى الواقعية واللعب التعاوني الجماعي، والأطفال يكونون أكثر قدرة على التهديف وإصابة الهدف من أطفال المرحلة السابقة (محمد صوالحة، 2004، 84 -86).

- مهارات اللعب في مرحلة الطفولة المتأخرة تتضمن قذف الكرة واستقبالها والسباحة وركوب الدراجة والتزحلق، وتلعب المهارات الحركية دوراً بارزاً في نمو شخصية الطفل النفسية والاجتماعية، وتكوين مفاهيم ايجابية عن الذات، فهي تتيح للطفل أن يختبر قدراته وإمكانياته، وتتيح له فرصة التكيف والتعايش مع الآخرين.
- وفي مرحلة الطفولة المتأخرة يطلق على هذه المرحلة مرحلة اللعب وذلك لاختلاف وتنوع الأنشطة باللعب في بداية هذه المرحلة. ويتميز لعب الأطفال بأنه فردي يميل الى الحركة والسرعة والانطلاق وفي أواخر هذه المرحلة يبدأ الاهتمام باللعب الجماعي (محمود عطا، 1419،201،210). وفي مرحلة الطفولة المتأخرة تظهر الهوايات، وفي المراهقة المبكرة تبدأ المباريات، ويسود اللعب الاجتماعي والترفيه (حامد زهران، 1997، 317-318).

مراحل تطور اللعب لدى الأطفال التوحديين

- احدى العلامات المهمة تكون في عجز التوحديين عن التواصل الاجتماعي وقصور في الجوانب النمائية، والتلقائية، وفي اللعب، والتقليد الاجتماعي. كما أنه يكون غير مناسب حتى عندما يكون العمر العقلي مماثلا للأطفال العاديين. وتتميز أنشطة اللعب لديهم بعدم ملاءمتها للمرحلة النمائية. كما أن هذه الألعاب تتسم بالنمطية، ويصرون على أداء نفس السلوكيات، ويعجزون عن التكيف. كما يبدون معالجة يدوية غير مناسبة للأشياء، واهتمامات شاذة، وجمودا فيما يتعلق بالروتين. وتكون ألعابهم طقوسية والتي يمكن أن تتدخل مع الجهود التي تبذل لتعليم مهارات اللعب المناسبة. والأطفال التوحديون لديهم قصور في مهارات اللعب، كما أن ألعابهم تكون قليلة مقارنة بأقرانهم المساوين لهم في العمر العقلي من غير التوحديين (Williams , 2003; Koegel et al., 1995 ; Wing et al., 1977 ; Rutter , 1978 ; Baker , 2000 ;Honey et al , 2007 ; Baron-Cohen , 1987)

- يشير (محمود حمودة،1991، 98) الى أن الأطفال في مرحلة الطفولة الباكرة لديهم فشل ثابت في نمو اللعب الجماعي واللعب الخيالي والصداقة، وقلة منهم يصبحون أكثر وعياً اجتماعياً ويهتمون بالآخرين، وقد يصلون الى مرحلة من الاندماج السلبي في ألعاب الأطفال الآخرين، أو يستخدم الأطفال كوسائل ميكانيكية في سلوكه المتكرر آلياً.
- ربما تكون الطريقة التي يلعب بها الأطفال التوحديون غريبة جداً. وفي بعض الأحيان لا يلعب الأطفال التوحديون على الإطلاق، وعندما يستخدمون الألعاب أو الدمى أو مواد اللعب فإنهم ربما يستخدمونها بطريقة غريبة جداً. فربما يرمي الطفل المكعبات على سطح صلب بطريقة عنيفة. وربما يرتب المكعبات على نمط واحد يرتكز على الحجم أو اللون أو الشكل. وربما يرتب الطفل الأشياء بشكل معين ويتركها ويذهب الى مكان آخر، ولكنه يصر إصراراً عجيباً على عدم نقضها أو تغيير ترتيبها، وربما يظهر بعض الأطفال بدايات اللعب الخيالي، ولكن أفعالهم تبقى غير ناضجة بالمرة، وتظل مركزة على لعبة واحدة (طارق عامر، 2008، 56).
- يهيمن اللعب الحسي الحركي على الطفل التوحدي لسنوات أكثر من الطفل العادي. ويكون اللعب الوظيفي أقل في كميته عن العادي كما قد يهتم بالجانب غير الوظيفي من اللعبة مثل الضوضاء الصاخبة أو الاهتزازات التي تحدثها اللعبة، أو بمقاومته للتغييرات في البيئة، وما يترتب على ذلك من نوبات الغضب (Charman &Baird , 2002)
- وفي اللعب التنظيمي يميل الطفل التوحدي الى صف الأشياء في صفوف.
- ويبدأ اللعب الرمزي في الفترة ما بين 18 شهراً الى 24 شهراً (Leslie , 1987; McCune –Nicolich , 1981) وفي 20 شهراً يكون هناك ارتباط بين طول النطق وتتابع اللعب الرمزي، وفي 28 شهراً ينطق الأطفال طويلاً من تتابع اللعب الرمزي (Shores et al., 1984).

وقدرة الطفل على التخطيط للمستقبل في تتابع الأحداث، والتشكيل والمبادأة الموجهة للسلوك، والذاكرة العاملة والقدرة على توليد سلوكيات جديدة، والضبط

المرن للعمليات الانتباهية عوامل مهمة في اللعب التمثيلي (Pennington et al., 1997).

أما خلل النشاط التخيلي فقد يشمل غياب الترميز أو اللعب الخيالي باللعب (مثل الدمي وغيرها)، وغياب لعب أدوار الكبار، أو يكون اللعب التخيلي قاصراً ومتكرراً بصورة آلية مثل محاكاة شخصية تليفزيونية. كما أن هناك قلة ملحوظة للأنشطة والاهتمامات ومقاومة للتغيرات الطفيفة في البيئة من حوله، حيث يظهر الطفل تفاعلات مأساوية عندما يتغير مكانه حول مائدة الطعام مثلاً، وغالباً ما يرتبط بموضوعات مثل خيط، أو قطعة مطاط، والسلوك الحركي الآلي.

ويشير اللعب الرمزي الى أن الطفل يتظاهر بأن شيئاً ما هو شيء آخر غير ما هو في الحقيقة فيمكنهم على سبيل المثال أن يتظاهروا بأن حبة الموز هاتف، وهم لا يلعبون بأشياء وهمية لا وجود لها. ومن الممكن الا يبدي الأطفال التوحديون اهتماماً باللعب التمثيلي. كما أنهم يقضون وقتاً أقل في اللعب الرمزي أو التمثيلي أو الوظيفي (وفاء الشامي،2004، 163-166)، (Charman , 1997; Kasari et al., 2006 فقد أسفرت نتائج دراسة ريكس وينج (Ricks &Wing , 1975) عن أن المشكلة المركزية في الأطفال التوحديين متوسطي الإعاقة تظهر في صعوبة التناول الرمزي، وهناك قصور في اللعب الرمزي وغياب اللعب الرمزي يعكس النقص الداخلي للقدرة الرمزية.

- ومع تقدم الطفل التوحدي في العمر تتطور نزعته الى تنظيم وترتيب الأشياء لتصبح على شكل تصلب وجمود في استعمال مواد اللعب وتكرار الأنشطة المتشابهة واستعمال الأشياء بشكل طقوسي نمطي (زكريا الشربيني، 2004، 104).
- يفشل الأطفال التوحديون في تطوير لعب مناسب، وهم يلعبون بمفردهم، فكل طفل يلعب بلعبته الخاصة دون مشاركة الآخر (اللعب الموازي Parallel Play) (Simpson & Myles, 1993)
- وفي اللعب بالمشاركة Associative Play يميل الطفل العادي الى اللعب مع طفل آخر، فهم يتشاركون معاً في اللعب، لكن الطفل التوحدي يميل الى اللعب بمفرده.

- أما اللعب التعاوني Cooperative Play فإن الأطفال يتشاركون في لعب تعاوني ويكون هذا اللعب موجهاً نحو انجاز هدف محدد، وهم يلعبون لانجاز نفس الأهداف. والطفل التوحدي لا يشارك الآخرين في ألعاب مشاركة ولا ألعاب تعاونية منظمة تسعى الى تحقيق هدف معين. ويتصف لعب التوحديين بأنه أقل مرونة، ومتكررا، وبالتالي يجدون صعوبة في اللعب مع الأطفال الآخرين (Williams et al., 2001). وفي هذا الصدد أسفرت نتائج دراسة دمَير (Demeyer , 1976) عن قصور في قدرة الأطفال التوحديين البالغ عددهم (66) ومتوسط أعمارهم (5) سنوات في اللعب مع أقرانهم. كما أن اللعب ربما يكون انفرادياً على الرغم من أن الأطفال التوحديين قد يشاركون سلباً في لعبة مع أطفال آخرين أكثر أهمية (سعد رياض، 2008، 51).

أسباب قصور اللعب لدى الأطفال التوحديين

- احدى التفسيرات الهامة تكون في نقص استجابات التوحديين للأحداث الاجتماعية. والى قصور في العلاقات الاجتماعية والتواصل مع الآخرين، ومن ثم العزوف عن اللعب معهم (Ferster , 1961 ; Lovaas & Newsom , 1976; Thomas &Smith , 2004)
- وقد يعزى هذا الى القصور في مهارات التحدث مع الآخرين. أو القصور في نظرية العقل. فالناس يجدون صعوبات في فهم الحالات العقلية للناس الآخرين. أو صعوبات في التنبؤ بسلوكيات وانفعالات الأشخاص مثل التنبؤ يكون عموماً مبنيا على المعرفة المرتبطة بالواقع. أو قد تعزى الى الفهم الانفعالي المتدني (MacDonald et al., 2006; Baron-Cohen , 1995 ; Dianne , 2004 ; Downs &Smith , 2004)

العلاقة الوسيلية مقابل العلاقة التعبيرية

والمعنى هنا أن الطفل السوي مثلاً يظهر قدراً أكثر من التعبير الاجتماعي من الطفل التوحدي، بمعنى أن الطفل العادي دائماً يفعل أشياء معينة لإثارة رد فعل عاطفي من شخص ما، أو ليرى كيف يشعر هذا الشخص تجاه فعله، فالطفل السوي مثلاً حينما يحضر لعبة ويلعب بها أمام والده أو معه، فإنه يلحظ رد فعل والده تجاه فعله مع اللعبة هل هو مسرور أم غضبان، وهكذا، في حين أن الطفل التوحدي لا

يفعل ذلك، بل تكون العلاقة (وسيلية) بمعنى أنه يتخذ من الآخرين وسيلة لتنفيذ ما يريده، ومن ذلك مثلاً: أن الطفل التوحدي إذا أراد شيئاً ما، فإنه يأخذ يد والده، ويضعها تجاه هذا الشيء الذي يريده، أي أن الأب يكون الوسيلة أو الأداة التي تحقق للطفل ما يريده عندما يشاء ذلك (فؤاد المغلوث، 1423،37).

الاتجاهات نحو الأطفال التوحديين

اتجاهات الأطفال العاديين نحو الأطفال التوحديين تتكون من ثلاثة مكونات رئيسية وهي: الانفعال، السلوك، والمعرفة(Triandis , 1971) ويمثل المكون الانفعالي مشاعر الفرد نحو الطفل التوحدي(Rosenbaum et al., 1986)، بينما يمثل المكون السلوكي حالة من القصور للتفاعل مع الطفل التوحدي (Swaim &Morgan , 2001) أما البعد المعرفي فإنه يتضمن حالة من المعتقدات عن الطفل التوحدي مثل الأطفال التوحديين يكونون ماهرين في الألعاب.

وانتهت نتائج دراسة شمبرلين (Chamberlain , 2001) الى رفض الأفراد العاديين للأطفال التوحديين في أوضاع الدمج.

واتجاهات الأطفال العاديين إزاء أقرانهم التوحديين تكون في مجملها سلبية (Campbell et al., 2004 ; Swaim &Morgan , 2001)

وفي الحالات الشديدة فإنه لا يوجد تفاعل اجتماعي على الإطلاق، فالأفراد يتم تجاهلهم أو التعامل معهم على أنهم أشياء، وتتصف الحالات المتوسطة بنقص وقصور الاهتمامات العادية للأفراد، نقص في المشاركة في التبادل الاجتماعي مثل القيام بسلوك تحية الآخرين، والفشل في تكوين علاقات الأقران العادية، وفي تطوير السلوك الاجتماعي المناسب في مرحلة الطفولة، الاستمرار في علاقات اجتماعية شاذة في مرحلة متقدمة من الحياة، وهو يعطي انطباعاً على أنه يعيش في هذا العالم بمعزل عن الآخرين في المجتمع (Bushwick , 2000,51).

والأطفال التوحديون من الممكن أن يواجهوا ببعض درجات الرفض من معلميهم فانتباه المعلمين إزاء الأطفال التوحديين يكون أقل مقارنة بأقرانهم العاديين(Myles et al., 1993).

كما أن المعلمين أيضاً يكونون علاقات وثيقة وجيدة مع الأطفال الذين لا يظهرون مشكلات سلوكية أو اضطرابات مثل التوحديين (Robertson et al., 2003).والاتجاهات الأسرية إزاء الطفل التوحدي في مجملها سلبية.

أسباب رفض التوحديين من قبل الآخرين

هناك عدة من الأسباب تكمن وراء رفض التوحديين من قبل الآخرين:

1. يرفض الأطفال التوحديون بسبب القصور في سلوكياتهم (Swaim &Morgan, 2001).
2. يجد الأطفال التوحديون صعوبة في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، وفهم ما يصدر إليهم من المحيطين بهم.
3. هم عاجزون عن المشاركة في مجموعات اجتماعية بسبب عدم فهم أخذ الدور في التحدث والتواصل مع الآخرين.
4. إن السلوكيات الشاذة التي يبديها الطفل التوحدي تتداخل مع قدرته على بناء علاقات مع الآخرين.

الفصل الخامس

السمات المعرفية

- الانتباه
- الإدراك
- التذكر
- التفكير
- التخيل
- الذكاء

الفصل الخامس

السمات المعرفية

يمكن تناول السمات المعرفية على النحو التالي:

الانتباه

يعرف الانتباه بأنه" عملية ذهنية معرفية تتضمن تركيز الإدراك على منبه معين من بين مجموعة منبهات موجودة حولنا، وهي تتضمن عملية الانتقاء والاختيار والتركيز والقصد والاهتمام والميل لمنبه أو موضوع معين" (أندرسون، 2007، 113).

أو هو تركيز الوعي تجاه مثير معين، وهو عملية انتقاء ايجابي لمثير أو أكثر من بين المثيرات الداخلية والخارجية التي تتزاحم على مداخل الإدراك للإنسان، وبإمكان الشخص التركيز على أكثر من مثير في نفس الوقت، مثل السائق الذي يقود عربة ويتحدث الى شخص يجلس الى جواره، فهو ينتبه لمحدثه في نفس اللحظة التي يقوم فيها بقيادة العربة، ولكن لا يمكن أن ينتبه لمثيرين يحتاجان لدرجة عالية من التركيز في نفس الوقت (عبد الكريم الحجاوي، 2004،82).

أنواع الانتباه

ويمكن تقسيم الانتباه الى الأنواع التالية:

1. **الانتباه القسري**: وفي هذا النوع يتجه الانتباه رغم إرادة الفرد إلى المثير كالانتباه إلى طلقة مسدس.
2. **الانتباه التلقائي (الاعتيادي)**: وهو انتباه الفرد إلى شيء يميل إليه، ولا يبذل الفرد في سبيله جهداً.
3. **الانتباه اللاإرادي**: هو الانتباه الذي يقتضي من الفرد بذل جهد قد يكون كبيراً كانتباهه إلى حديث جاف أو يدعو إلى الضجر، في هذه الحالة يشعر الفرد بما يبذله

من جهد في حمل نفسه على الانتباه. ونظراً لحاجة الفرد للانتباه إليه فإنه يبذل جهداً، وهذا النوع في العادة لا يقدر عليه الأطفال. لأنه يحتاج إلى بذل الجهد وأن تكون لديهم قوة الإرادة، واحتمال المشقة الوقتية في سبيل هدف أبعد (أحمد عزت، 1985، 191-192).

4. **الانتباه الانتقائي**: يشير إلى قدرة الفرد على التركيز على المعلومات المناسبة أو المتعلقة، واستبعاد المعلومات غير المناسبة أو غير المتعلقة.

ويشير كل من بروس وديكمان Bruace & Dykeman , 1998 إلى وجود الأنواع التالية للانتباه:

5. **الانتباه البؤري Focused Attention**: وهو يشير إلى مدى تركيزنا على نشاط ما، أو القدرة على الاستجابة بصورة متميزة لمثيرات بصرية معينة أو مثيرات سمعية.
6. **الانتباه المتناوب Alternating Attention**: هو القدرة على تحويل بؤرة الانتباه وتحريكها بين المهمات التي لديها مطالب معرفية مختلفة.
7. **الانتباه الموزع Divided Attention**: وهو القدرة على الاستجابة لمهمات متعددة في آن واحد، أو مهمة متعددة المطالب، أو دالة وصف مرات النجاح والفشل في أداء مهمتين في وقت واحد.
8. **الانتباه المستمر Sustained Attention**: وهو القدرة على الاحتفاظ بهذا الانتباه باعتباره متوافقا مع استجابة سلوكية أثناء استمرار النشاط المتكرر (في: أمل محمود السيد، 2003، 16-17).

وتتم عملية الانتباه من خلال جذع المخ كجزء عميق ومستقر في قاع المخ، وهو عبارة عن نسيج عصبي، يشبه من حيث الشكل أنبوبة مجوفة تستقر فوق قمة الحبل الشوكي، وتمضي عبره كل السيالات العصبية في المسار المقدر لها من الحبل الشوكي إلى المخ، ويتكون جذر المخ من منطقتين: الأولى هي ما يعرف باسم "الغمد النخاعي" Medulla وتقع على المحيط الخارجي للجزء المركزي الداخلي وهو ما يسمي "التكوين الشبكي" Reticular Formation والذي يمثل المنطقة الثانية في جذر المخ، ويبطن

الأنبوبة الجوفة، ويمضي خلالها ليتصل بالمهاد التحتاني الهيوثلاموس Hypothalamus، والمهاد (الثلاموس) Thalamus ولهذا التكوين الشبكي بدوره جهازان: الأول هو ما يسمي الجهاز الشبكي الهابط Descending Reticular System ويختص بالوظائف الحركية، والثاني هو جهاز التنشيط الشبكي الصاعد Ascending Reticular System ويختص بالوظائف الحسية، ويقوم برصد السيالات العصبية الواردة من الحواس (دينيس تشايلد، 1983، 20-21).

مراحل تطور الانتباه

1. في مرحلة الطفولة المبكرة يكون انتباه الأطفال حسيا قسريا، بمعني أنهم ينتبهون الى الأشياء المحسوسة أكثر من المجردة والى الأشياء التي تأسر انتباههم وتثيرهم (محمود عطا حسين، 1419، 184).
2. في مرحلة الطفولة الوسطى يزداد مدى الانتباه ومدته وحدته، إلا أن طفل السابعة ما زال لا يستطيع تركيز انتباهه في موضوع واحد مدة طويلة خاصة إذا كان موضوع الانتباه حديثاً شفهياً (كريمان بدير، 2007، 140).
3. في مرحلة الطفولة المتأخرة تكون قدرة الطفل على الانتباه محدودة في المدة حيث لا يستطيع التركيز لفترة طويلة، وفي المدى حيث لا يستطيع توزيع انتباهه على موضوعات متعددة. وفي النصف الثاني من هذه المرحلة تزداد قدرة الطفل على الانتباه حيث يستطيع تركيز انتباهه حول موضوع لفترة أطول، ويصبح قادراً على التحرر النسبي من العوامل المشتتة للانتباه، ويبدو ذلك واضحاً في المجالات العلمية الحسية أكثر من الأحاديث الشفوية النظرية (محمود عطا حسين، 1419،207).
4. في مرحلة المراهقة تزداد مدة الانتباه ومداه، فالمراهق يركز لفترة طويلة على موضوع واحد، كما يمكنه الانتباه الى أكثر من مثيرين في نفس الوقت.

تطور الانتباه لدى الأفراد التوحديين

- الانتباه لدى الأشخاص التوحديين غير طبيعي. وما يبدو سليماً لديهم هو تمكنهم من إدامة انتباههم لفترات طويلة للأشياء التي تهمهم، إلا أنهم يواجهون مصاعب في أشكال الانتباه الأخرى، وأولى هذه المصاعب هي صعوبة التوجه نحو الأشخاص أو الأشياء (وفاء الشامي، 2004، 294-295).

- يظهر الأطفال التوحديون قصوراً ملحوظاً في قدرتهم على الانتباه الموزع للكشف عن المستهدفات السمعية والبصرية بشكل متأن، كما أنهم أقل قدرة على تحويل انتباههم مقارنة بالعاديين، وأن هذا الصعوبات الانتباهية لا تعزى الى الفشل في اكتشاف الهدف المستهدف لكن بدلاً من ذلك فإن هؤلاء الأطفال يستغرقون وقتا أطول للاستجابة لهذه الأهداف (Casey et al., 1993).
- بالرغم من أن الأطفال التوحديين تكون مدة انتباههم(الانتباه المستمر) أقل مقارنة بالعاديين إلا أنه يمكنهم إطالة مدة انتباههم تجاه الأشياء التي يفضلونها لفترات زمنية طويلة، وتكون فترات انتباههم أكبر للمثيرات البصرية أفضل من السمعية.
- في الانتباه الانتقائي فإن الأطفال التوحديين يصعب عليهم تجاهل مثيرات في بيئتهم مهما كانت. فقد يولي هؤلاء نفس الانتباه للعديد من الأشياء التي في بيئتهم، مما يتسبب في تحميل نظامهم الذهني أعباء زائدة، وبالرغم من الصعوبات التي يعانون منها في الانتباه الانتقائي بشكل عام، فإنهم عندما يمارسون سلوكيات نمطية متكررة، يستطيعون أن يركزوا كل انتباههم عليها، ولا تبقى لديهم مشكلات في الانتباه الانتقائي (وفاء الشامي، 2004، 289-290).
- يبدي الطفل التوحدي قصوراً دالاً في الانتباه الاجتماعي (Klin et al., 2003; Schultz, 2005) وتُعد الأميجدالا مهمة في الانتباه الاجتماعي لأن الشذوذ في هذه المنطقة يكون مرتبطا بخفض معدلات تثبيت العين في التوحديين.
- انتهت نتائج دراسة هيز (Hayes, 1987) الى أن الأطفال التوحديين لا ينتبهون الى المهام التعليمية، كما أنهم يكونون أكثر إعاقة في وجود المشتتات. وفي دراسة مينشو وآخرين (Minshew et al., 1997) تم فحص 33 طفلا توحديا، وبنسب ذكاء كانت أعلى من (80)، وتم مضاهاتهم بعينة اخرى بلغ عددهم 33 طفلا سويا، وأسفرت نتائج الدراسة عن عجز الأطفال التوحديين في مهارات تنفيذ الأفعال، والذاكرة، واللغة وفي الاستدلال المجرد على الرغم من أن أداءهم في مهام بسيطة تتطلب الانتباه البسيط، أو الذاكرة البسيطة، أو اللغة البسيطة أو في مجالات الإدراك البصري المكاني تكون سليمة. وأسفرت نتائج دراسة بيرس وآخرين

(Pierce et al., 1997) عن قصور واضح لـدى التوحـديين في اسـتخدام اثـنين أو أكثر من التلميحات لتفسير القصة، وأن أداءهـم يكـون متـدنيا بدرجـة جوهريـة. وتشير نتائج الدراسـات الى أن معـدلات تثبيـت العيـنين لـدى التوحـديين تكـون منخفضة (Spezio et al., 2007).

أسباب قصور الانتباه لدى التوحديين

- يرد القصور في عمليات الانتباه الى عدد من العوامـل تـشمل: الإهمـال أو العجـز عن التحديد المكاني للمثيرات المستهدفة. أو ينبـع مـن القـصور في القـدرة علـى التحول السريع الملاحظ في حالات التحول بـين القيـود الحـسية. أو الى إمكانيـات المخ الشاذة المرتبطة بالحدث. بالإضافة الى ملامح الموضوع المستهدف. والاسـتثارة الزائـدة المزمنـة. والى القـصور في تعـديل الاسـتثارة (Bryson et al., 1990; Wainwright et al., 1993 , 1996, 9; Casey &Gordon , 1993; Courchesne &Yeung- Courchesne, 1988; Rinehart et al., 2001 Dawson &Lewy, 1989 ; Kinsbourne , 1987)
- القصور في عمليات الانتباه الانتقـائي غـير الكافيـة تعـزى الى القـصور في الانتبـاه البصري (Burack, 1994; Goldstein et al., 2001) والقصور في الانتبـاه المـوزع يرجـع الى القـصور بـين القنـوات البـصرية والـسمعية وبـين الخـواص البـصرية (Casanova et al., 2002)
- كما أن الأطفال التوحديين لا ينتبهون الى الوجوه البشرية (Osterling &Dawson 1994) , فلديهم عجز دال في تفسير المعاني والدلالات الاجتماعية من خلال لغـة العيون (Baron-Cohen et al., 1997).
- يعاني الأطفال التوحديون مـن قـصور في عمليـات التجهيـز الحـسي، وفي تنظـيم المدخلات الحسية، ولديهم صعوبات في الانتباه للمدخلات البـصرية، والـسمعية، واللمـسية (Baranek et al., 1997-A)، فهـم مـن الممكـن أن يكونـوا مـدفوعين للبحـث أو تجنـب المـدخلات الحـسية لكـي يحـاولوا التخفيـف مـن حـدة القلـق والحصول على الاستثارة المثالية (Schore , 1994)
- تبين وجود خلل أو إصابة أو تلف في نسيج مركز جـذع أو سـاق المـخ الـذي هـو النسيج المتحكم في استقبال عمليات الاستثارة والانتبـاه والنـوم، وهـي إصـابة أو

خلل يحدث في أثناء فترة الحمل فتضعف قدرة الجهاز العصبي المركزي أو مخ الجنين على الاستجابة للمثيرات الخارجة وحساسيته لها أو الشعور بما يحدث في عالمه المحيط به (عثمان فراج، 2002، 62).

- الأطفال التوحديون لديهم معدلات مرتفعة من الشذوذات المقررة تكون (أعلى من 90 في بعض الدراسات) تشتمل على الحساسية الزائدة والعبء الزائد (Leekam et al., 2007).
- استنتج بيرس وآخرون (Pierce et al., 1997) أن الصعوبات في تحول الانتباه من الممكن أن تكون ثانوية للاضطراب الوظيفي في أبنية الدماغ أو في الأميجدالا (توجه الاستجابات الانفعالية) أو في جذر المخ.
- تشير نظرية التماسك المركزي الواهن Weak Central Coherence كما يرى (Happe &Frith 1996) الى أن الأطفال التوحديين لديهم عيوب في دمج المعلومات ومعالجتها في المستوى الأعلى من المعلومات الكلية، فالأفراد التوحديون ينتبهون الى الأجزاء بدلاً من النظرة الكلية للمهمة أو الموقف، فالقصور في الأداء التنفيذي والتماسك المركزي الضعيف يكون دليلا في الفحص الإكلينيكي للأفراد التوحديين.

الإدراك

الإدراك عملية عقلية تتضمن التأثير على الأعضاء الحسية بمؤثرات معينة، ويقوم الفرد بإعطاء تفسير وتحديد لهذه المؤثرات في شكل رموز أو معاني بما يسهل عليه تفاعله مع بيئته. أما الإدراك الحسي فهو"عملية تصور المفردات الجزئية الخارجية بتأثير المنبهات الحسية مباشرة، فيتكون الإدراك الحسي من إدراك أشياء وأحداث فردية جزئية خاصة" (سيد خير الله،1981، 86).

وعملية الإدراك ودقته تعتمد بدرجة كبيرة على عملية الانتباه، وأن التعلم يتأثر بالانتباه وهكذا بالنسبة للعمليات الأخرى (أنور الشرقاوي،1992، 110، 125).

ويفترض بياجيه أن الإدراك عملية ذهنية، يستخدمها الطفل كوسيلة للتكيف مع بيئته، وهو مشابه في ذلك لآليات الذكاء، ويرى أن نمو الإدراك يعتمد على تطور الذكاء الحسحركي في العامين الأولين (يوسف قطامي، 2000، 143).

ويتمكن الأطفال في نهاية السنة الأولى من إدراك ذواتهم، ويتطور إدراك الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة فيستطيع الطفل أن يحتفظ بالصور الذهنية للأشياء، ولا يتمكن من إدراك جميع العلاقات المكونة لموضوع معين، وفي مرحلة الطفولة المتأخرة يتحرر الطفل من التمركز حول الذات، ويستطيع أن يدرك العلاقات بين الموضوعات المحسوسة، وإدراك العلاقات المكانية والزمانية، ولكن يلاحظ أن إدراك الطفل للأشياء المتباينة والمتباعدة أكثر من الأشياء المتشابهة والمتقاربة (السر أحمد، 2009).

أنواع الادراك

ويقسم الإدراك الحسي بحسب الحاسة التي تستقبله إلى:

- **الإدراك البصري:** هو فهم المثيرات القادمة عن طريق البصر، حيث تنتقل الصورة من شبكية العين الى العصب البصري والى المسارات البصرية ثم الى مراكز الإدراك البصري في الفص القفوي من القشرة المخية.
- **الإدراك السمعي:** يتم استقبال المثير (الصوت) القادم من الأذن الى العصب السمعي والى مراكز السمع في الفص الصدغي.
- **الإدراك الشمي:** يتم استقبال المثير (الرائحة) القادمة من الأنف الى العصب الشمي الى مركز الشم في القشرة المخية من الفص الصدغي.
- **الإدراك الذوقي والإدراك اللمسي:** يتم استقبال المذاق من اللسان وينتقل الى القشرة الحسية في المخ، والإدراك اللمسي حيث تعطي للمثيرات (الملموسات) تفسيراً تبعاً للخبرة السابقة، وبإمكان الشخص أن يستقبل أكثر من مثير في الوقت نفسه، كما يحدث أثناء الطعام، حيث يعتبر الطعام مثيراً بصرياً وشمياً وذوقياً ولمسياً(عبد الكريم الحجاوي، 2004،83-84).

الإدراك لدى التوحديين

يستكشف الأطفال التوحديون البيئة المحيطة من خلال حواس التذوق والشم واللمس والأصوات بشكل أطول من أقرانهم العاديين.وبدون ادراكات مناسبة فإن هؤلاء الأطفال لديهم افتقار في القدرة على التقليد والتعلم من عالمهم وبالنتيجة فقد يفتقدون مهارات كلامية واجتماعية حركية كبيرة وصغيرة هامة. وقد يؤدي عدم

القدرة على استقبال رسائل دقيقة من البيئة بالطفل التوحدي الى الهيجان والبكاء لساعات طويلة (إبراهيم الزريقات، 2004، 179).

يبدو الطفل وكأنه لا يسمع أو يرى إذا مر أمامه شخص ضحك أو سعل أو نادى فلا يعطي انتباها لهذه الأصوات، كما يميل الى تجاهل الأصوات الشديدة في حين ينجذب الى صوت تحريك لعبة أو جرس باب، كما أن بعض الأصوات تزعجه بدرجة شديدة مثل نباح كلب أو صوت موتوسيكل، في حين أنه لا يبدي أية حساسية نحو صراخه أو صياحه (كريستين مايلز، 1992، 119).

ومعظم التوحديين لا يظهرون صعوبات في استقبال المعلومات من البيئة الخارجية عن طريق حواسهم ويرجع ذلك الى سلامة حواسهم، ولكن البعض الآخر يظهر بعض الصعوبات فتشير جراندين (Grandin , 2009 ,15) الى أن بعض الآباء يشيرون الى خوف أطفالهم عندما يسمعون صوت فتح أبواب السوبر ماركت بسرعة، وتلاحظ في السنة الأولى الحساسية الحسية في التوحد مرتفعة، وبعض الأطفال يحبون اللعب بالجري في الماء، بينما طفل آخر سوف ينأى ويخاف عندما يسمع صوت تدفق ماء السيفون، والكثير من الأطفال التوحديين لا يتحملون الأضواء الساطعة، فهم يرونها في حجراتهم على أنها ضوء قوي يومض بسرعة. وردود فعل التوحدي لخبراته الحسية تكون غالباً شاذة.

كذلك من الممكن أن يظهر التوحدي عدم استجابة للضوضاء الصاخبة. كما قد لا يتعرف على الشخص الذي يعرفه جيداً. وهو من الممكن الا يبالي بالألم أو البرودة. وفي أوقات اخرى يظهر الطفل التوحدي إحساسات سليمة، كما يتضايق من أشعة الشمس، والأشياء المخططة، وهو من الممكن أن يغفل أحداثا مخيفة والتي سوف تثير الفزع في الطفل العادي. كما أن إحساسات الطفل التوحدي لا تكون واضحة مثل الطفل العادي، فعلى سبيل المثال هو من الممكن أن يغطي عينيه عندما يسمع صوتا يقلقله. والمهارات البصرية – المكانية لدى الطفل التوحدي تكون جيدة في تذكر أماكن الأشياء، وقدرتهم على عمل الصور المتقطعة، وبناء اللعب والتي من الممكن أن تعكس بعض هذه القدرة (Lewis , 1987 , 131-133)

وبعض الأطفال يتفاعلون مع الأصوات التي يحدثونها بأنفسهم أو التي ألفوها في بيئاتهم، مثل أصوات سيارة البوليس أو الإسعاف (طارق عامر،2008 ، 57).

ومن الأصوات التي يحتمل أن تسبب مصاعب حسية: رنين التليفون، رنين الأجراس، الأصوات ذات الطبقة الصوتية العالية كصوت نقل الأثاث، أدوات المنزل والمطابخ كالخلاط أو المكنسة الكهربائية، صوت طفل وهو يبكي، الأصوات العديدة التي تحدث في نفس الوقت (مثل رنين الهاتف مع سماع أشخاص يتحدثون)، صوت أشخاص يتحدثون، طنين المكيف، أصوات بواري السيارات، أصوات فراشي الأسنان (وفاء الشامي،2004، 206).

وعدم استجابة التوحديين للمثيرات البيئية من حولهم بالشكل المطلوب، يحفز النظر إليهم كما لو أنهم مصابون في احد أعضائهم الحدسية، وهذا لا ينفي وجود مجموعة من التوحديين بالفعل تعاني من حساسية مفرطة عند سماع الأصوات، أو التعرض لأضواء النيون، أو عند اللمس مما يشير لوجود استجابات حسية غير طبيعية ناتجة عن خلل في المعالجة الحسية تعكس وجود مشكلة، بالإضافة الى صعوبة استخدام مختلف الحواس في آن واحد (نيرمين قطب، 2007، 37).

وأشارت نتائج دراسة سكرير وكرودن(Scharre &Creedon , 1992) الى وجود عجز في التتبع البصري السلس للأشياء في الطفل التوحدي.

وتشير نتائج دراسة أورنتيز وريتفو (Ornitz & Ritvo , 1968) الى الأعراض التي يبديها الطفل التوحدي وهي: اضطراب في الإدراك والذي يتضمن السلوكيات المرتبطة بالوعي للمثير الحسي، الحساسية وسرعة الغضب، عدم الاستجابة للمثير الحسي، وهذا يؤدي الى اضطراب في العلاقات وفي اللغة وفي السلوك الحركي، ويفترض أن الجهاز العصبي المركزي عاجز عن تنظيم المعلومات الإدراكية المستقبلية.

المعالجة الحسية Sensory Processing

يشير التجهيز الحسي الى الطريقة التي يستقبل بها الجهاز العصبي المعلومات حيث تسجل حواسنا التجربة الحسية ويتم تفسير هذه المدخلات ومعالجتها ودمجها في الدماغ لنحصل على صورة متكاملة عن الشيء الذي نتعلمه أو نتعامل معه .(Humphry , 2002)

والتجهيز الحسي يُمكن الفرد من الاستجابة بطريقة تكيفية للمطالب البيئية (Miller &Lane , 2000)

وتحدث المعالجة الحسية في ثلاثة مستويات: المستوى الأول التسجيل حيث يتم تسجيل المدخلات الحسية عن التعامل مع البيئة. أما المستوى الثاني فيكون تفسير هذه المدخلات الحسية. ويشير المستوى الثالث الى تحليل هذه المدخلات وإجراء تعديلات مناسبة في الدماغ (Bundy et al., 2002 ,480).

يعاني الكثير من الأشخاص التوحديين صعوبات في المستوى الثاني من المعالجة الحسية، وفي بعض الأحيان يفسر الدماغ الرسالة الحسية باعتبارها قوية جداً بينما يفسرها في أحيان اخرى باعتبارها أضعف كثيراً وبالتالي يكون لديهم تفسير مضخم لمثيرات معينة، وتفسير ضعيف لمثيرات أخرى، حتى وإن كانت آتية من نفس الحاسة(وفاء الشامي، 2004، 303-304).

وتشير نتائج دراسة تومشك ودن (Tomcheck &Dunn, 2007) الى وجود معدلات متسقة من القصور في التجهيز الحسي في الأطفال التوحديين تبلغ نسبتها 95٪ للأطفال التوحديين البالغ عددهم (281) في مرحلة ما قبل المدرسة.

وقد وجد بيكر وآخرون(Baker et al., 2008) أن الصعوبات في التجهيز الحسي تكون مرتبطة بالاستجابات السلوكية والانفعالية والاجتماعية لعينة من الأطفال التوحديين بلغ عددهم (22) طفلا في مرحلة ما قبل المدرسة.

يختلف الأطفال التوحديون بدرجة دالة في استراتيجيات التجهيز والانتباه على الأقل في المهام البصرية مقارنة بالأطفال العاديين (Deruelle et al., 2004).

أسباب القصور في الإدراك والمعالجة الحسية

- قصور واضح في قدرة التوحدي على البحث البصري. وفي القيام بالحركات البصرية المترابطة ; Dakin & Frith , 2005 ; Gepner & Master , 2002) Plaisted et al., 1998) ويؤدي هذا الى خبرات التشويه البصري والتي تغير من الأبعاد المدركة للحجرة، وتؤثر سلباً على صعوبات في الكتابة على الخطوط المطبوعة واستمرارية إدراك الفراغ المناسب بين الحروف والكلمات (Attwood ,

1994 ; Myles et al., 2001) وقد يعزى ذلك الى ظاهرة أطلق عليها الضغوط البصرية لدى التوحديين (Wilkins , 1995 , 2003).

- لقد وضع دن 1997 , Dunn أنموذجاً للتجهيز الحسي يصف التفاعل بين عتبة الفرد العصبية للمدخلات الحسية واستجابته للمعلومات. يصف هذا الأنموذج متصل من الاحتمالات لتفسير سلوك الأفراد، فالأفراد الذين لديهم عتبة مرتفعة يحتاجون لمقدار كبير من المدخلات الحسية، أما الأفراد الذين لديهم عتبة منخفضة من الممكن أن يستجيبوا لمقدار ضئيل من المعلومات الحسية الصادرة عن البيئة، والأفراد من الممكن أن يتفاعلوا على نحو سلبي تبعاً للعتبة أو يستجيبون على نحو نشط ليصدوا أو يقاوموا هذه العتبة. والأفراد ذوي العتبة المرتفعة والذين يستجيبون على نحو سلبي، يكون لديهم تسجيل حاسي منخفض، فإن هؤلاء الأفراد من الممكن ألا ينتبهون للأحداث الحسية العادية التي يكون الآخرون على استعداد للاستجابة لها. والأفراد الذين لديهم عتبة مرتفعة ويستجيبون لها استجابة نشطة يصنفون على أنهم باحثون عن الإحساسات، وهم يبحثون عن الخبرات الحسية لأن هناك مقدارا كبيرا من المدخلات الحسية تكون ممتعة لهم، أو تجلب لهم السرور، والأفراد ذوي الحساسية للمدخلات الحسية والذين لديهم عتبة منخفضة مع ميكانزمات استجابة سلبية يمكن تصنيفهم على أن لديهم عتبة منخفضة، ويمكنهم التسجيل الحاسي للمثيرات بسهولة ولكنهم سوف يتشتتون من خلال الحركات الصادرة، والأصوات والأشياء والروائح، أما الأفراد الذين ليس لديهم حساسية يستجيبون على نحو نشط للمدخلات الحسية مع عتبة منخفضة، هم وجدوا طرق لحصر وتقييد الخبرات الحسية (Dunn , 1997 ; Dunn et al., 2002)

ويشير دن(Dunn , 1999) الى شذوذات في التجهيز الحسي تكون مقررة في الإدراك السمعي والإدراك الشمي لدى الأطفال التوحديين. والخبرات الحسية السمعية (الحساسية الزائدة للضوضاء المرتفعة أو أصوات محددة حيث يستجيب لها التوحدي بوضع يده على أذنه لعدم سماع الصوت) تكون خصائص مميزة للتوحديين.

- وفي الواقع فإن الكثير من الأطفال التوحديين يبدون في سنوات حياتهم الباكرة الصمم عندما يتأخر تشخيصهم. والشذوذ في التجهيز السمعي يسبب عجز دال

وضغوطات وتوترات تتداخل مع استمرارية التجهيز الاجتماعي، وتؤثر سلباً على التكيف، ويؤثر على اللغة والتواصل وقد يرجع ذلك الى تغيرات سمعية مثل فقدان السمع التوصيلي أو الحس عصبي، التهابات بالأذن (Jones et al., 2009, Ho &2851; Happe et al., 2009; Keller, 1999; Wing , 1966)

- وربما يفسر القصور في التجهيز الحسي الى قصور في التكامل الحسي المعوق، وقصور في التكيف المناسب للجهاز العصبي المركزي لدى الطفل التوحدي، وقد يعزى ذلك الى أن الأطفال التوحديين لديهم وحدات صغيرة في المخ لتجهيز المعلومات، أو يرجع الى نمو سريع شاذ مبكر بالمخ (Baranek , 2002 ; Cassanova et al., 2007; Courchesne , 2004; Courchesne et al., 2004)

التذكر

يعرف التذكر بأنه العملية التي تُمكن الفرد من استرجاع الصور الذهنية البصرية والسمعية أو غيرهما من الصور الأخرى التي مرت به في ماضيه إلى حاضره الراهن (فؤاد البهي، 1997، 149).

مراحل نمو التذكر

1. تنمو عملية التذكر نمواً سريعاً خلال الطفولة. وتبدأ في سني المهد فيتعرف الطفل على قارورة اللبن التي يرضع منها غذاءه ثم تتطور عنده الى تذكره لأمه، ثم يتذكر والده وإخوته وذويه في الشهور الستة الأولى لميلاده، ثم يطرد به النمو حتى يستطيع أن يتذكر حركات الأفراد المحيطين به وألفاظهم كما كان يتذكر صورهم وأشكالهم (فؤاد البهي السيد، 1997، 130).
2. في مرحلة الطفولة المبكرة يُلاحظ أن التذكر المباشر هو السمة الغالبة على ذاكرة الأطفال حيث يتذكرون الحوادث والمواقف والكلمات دون فهم لمعانيها. ولديهم سهولة في تذكر الأحداث ذات الدلالة الانفعالية كما أن الأطفال يميلون الى تذكر صور الأشياء أفضل من تذكرهم أسماءها (محمود عطا ، 1419،183-184).
3. في مرحلة الطفولة الوسطى ينمو التذكر من التذكر الآلي الى التذكر والفهم (يتذكر الطفل 5 أرقام في سن 7 سنوات) وتزداد قدرة الطفل على الحفظ (يستطيع حفظ

10 أبيات من الشعر في سن السابعة، و 11 بيتاً في سن الثامنة، و13 بيتاً في سن التاسعة) (كريمان بدير، 2007، 140).

4. تتطور القدرة على التذكر كثيراً في مرحلة الطفولة المتأخرة، ويستطيع الطفل بجانب تذكره للمشاهد والصور أن يتذكر الكلمات والألفاظ، ويكون تذكره ليس آلياً فقط كما في المرحلة السابقة ولكنه تذكر منظم، كما تنمو لديه القدرة على فهم المعاني بصورة تدريجية (السر أحمد، 2009، 157).

وكلما تقدم العمر بالأطفال تحسنت قدرتهم على تذكر المعلومات، ومن العوامل التي تجعل التذكر أكثر سهولة فهم الكلمات التي يتعلمونها، وكذلك استخدام استراتيجيات معينة تعينهم على إدخال المعلومات وتخزينها واسترجاعها (محمود عطا، 1419،207).

5. تنمو عملية التذكر في المراهقة، وتنمو معها قدرة الفرد على الاستدعاء والتعرف، وتقوي الحافظة ويتسع المدى الزمني الذي يقوم بين التعلم والتذكر فيزداد تبعاً لذلك باع الذاكرة في نوعه ومداه (فؤاد البهي السيد، 1997، 288) ويبلغ تذكر المراهق قمته في السنة الخامسة عشرة، ويتأثر التذكر بدرجة ميل المراهق لهذا الموضوع (ثائر أحمد، خالد محمد، 2009، 237).

أنواع الذاكرة

إن الذاكرة تتألف من:

1. الذاكرة الحسية: وهي تسمح لك بتذكر طعم التفاح أو اللبن. أي أنها ترشح المعلومات التي تصل إليها عن طريق الحواس.
2. الذاكرة الأيقونية Iconic وتختص بالتنبيه البصري.
3. الذاكرة الصدوية (نسبة الى الصدى)Echoic وتختص بالتنبيه السمعي.
4. الذاكرة اللمسية Haptic وتختص باللمس.
5. ويشير كل من سكواير، ووزولو- مورجان (Squire & Zolo – Morgan) إلى أن هناك نوعين من الذاكرة ظهرا في نهاية الثمانينيات من القرن الماضي وبداية التسعينات هما الذاكرة التوضيحية أو الصريحة والذاكرة غير التوضيحية أو غير

الصريحة (الذاكرة الضمنية)، فالأولى Declarative Memory مرتبطة بإعادة جمع الحقائق والتفصيلات والأحداث، وتتصف بالمرونة، وتستعمل في مواقف فريدة ومتميزة، وتوجد في الفص الصدغي من المخ، أما الذاكرة غير التوضيحية Non-Declarative Memoryفهي محدودة في سياقها وهي غير مرنة وغير متاحة بسرعة، وبالرغم من أن موادها ترمز بشكل تدريجي، إلا أنها قد تتم عن طريق محاولة واحدة (محمد قاسم، 2003، 40).

6. وصنف تولفنج Tulving الذاكرة الى نوعين: ذاكرة الأحداث هي المنظومة التي تعزى إلى ذكريات ذاتية أو سيرة ذاتية خاصة بأحداث معينة، حيث تستقبل وتحتفظ بالمعلومات عن وقائع أو أحداث مؤقتة والعلاقات بين هذه الأحداث، فالذكريات عن الخبرات الشخصية مثل زيارة أحد المصايف، أول يوم في الدراسة الجامعية، تُعد من أحداث الخبرات الشخصية وعادة ما يتم تخزين هذه الأحداث في شكل أشبه ما يكون بمخطوطة أصلية، أما الذاكرة الدلالية اللغوية فهي المنظومة التي تعزى إلى استدعاء الحقائق، وتذكر الكلمات والمفاهيم والقواعد والأفكار المجردة وهي ضرورية لاستخدام اللغة (محمد قاسم، 2003، 40)، (في: روبرت سولسو، 2000، 262-263).

7. الذاكرة قصيرة المدى: وهي تشبه مسودة لكتابة واستدعاء المعلومات مؤقتا لحين الانتهاء من إعدادها وتجهيزها. فإذا أردت مثلا أن تفهم جملة مركبة من قطعتين أو بيتين من الشعر، عليك أن تحفظ في ذهنك الجزء الأول حتى تنتهي من قراءة الثاني، وبذلك فالذاكرة قصيرة الأجل ذات طاقة استيعابية ضعيفة ولا تدوم طويلاً، ويتم مسحها والتسجيل فيها باستمرار. وبشكل عام فإن وجود المعلومات في هذه الذاكرة يستغرق مدة قصيرة جداً تتراوح ما بين (20-30) ثانية.

وتنتقل الإشارات من الذاكرة الحسية الى الذاكرة قصيرة الأجل ، والأخيرة تقوم بترشيح المعلومات الواردة إليها، وهي تلك المعلومات الواردة من الحواس الخمس و تبقي لمدة لا تتجاوز ثلاث ثوان محدودة.

8. الذاكرة طويلة المدى: تساعدك هذه الذاكرة على استدعاء المعلومات القديمة وما تحمله من معان في الوقت نفسه، فهي ليست ذاكرة لمجرد الحفظ والاستظهار،

ولكنها تقوم بتصنيف المعلومات وتنظيمها، وهذا يساعد على رسوخ الحقائق وثباتها في الذاكرة حيث إنها تستوعب عدداً كبيراً من المعلومات وتفقده بعد فترة طويلة جداً، قد تصل الى عدد من السنوات، ولذلك فهي تسمى بالذاكرة الدائمة (مندور عبد السلام، 2008، 15- 16).

9. ويذكر(Hitch & Baddeley, 1974, 2000) أن مكونات الذاكرة العاملة وهي: الضبط التنفيذي المركزي Central Executive Control، وتعمل على تنسيق وتكامل المعلومات المستمدة من النظامين التابعين للذاكرة العاملة، وهما اللوحة البصرية المكانيةVisuo -Spatial Sketchpad باعتبارها المسئولة عن المعلومات البصرية/ المكانية، ومكون التكرار الصوتي Phonological Loop، وهو المختص بالمعلومات المشفرة لفظياً. فالضبط التنفيذي المركزي نظام مراقبة انتباهي، يعمل على تنسيق وتكامل المعلومات بين مكونات الذاكرة العاملة، كما يعمل على ضبط استراتيجيات التشفير (التي تقوم بتحويل المعلومات الواردة إلى شفرة خاصة بالذاكرة لحفظ المعلومات)، والاستفادة من الذاكرة (حيث يعمل على تنشيط المعلومات المطلوبة من الذاكرة طويلة الأمد). و المكون الرابع وهو الجسر المرحلي Episodic Buffer والذي توصل إليه Baddeley في دراسته عام (2000) لمعرفة كيف يتم انتقال المعلومات للذاكرة طويلة الأمد أو الاستدعاء منها. كما يضيف أن هذا الجسر المرحلي يعمل على جعل المعلومات في حالة نشطة، تجعل الشخص أكثر وعياً وإدراكاً بها مما يسهل استخدامها. وما يمكن الإشارة إليه أن الذاكرة العاملة هي الحالة النشطة للمعلومات سواء في التخزين أو الاستدعاء، أو في حالة توظيف المعلومات في التعامل مع المواقف الصعبة أو غير المعتادة (Baddeley , 2002) (في: منير حسن جمال، السيد كامل الشربيني،2004).

العوامل التي تؤثر في الذاكرة

هناك عدد من العوامل التي تؤثر في التعلم والتذكر إيجاباً أو سلباً، ومعرفتها تساعدنا في دوام التعلم من حيث (محمد قاسم عبد الله، 2003):

1. **وضوح المعنى:** حيث كلما كانت المادة المتعلمة منظمة وذات معنى، زاد حفظها واسترجاعها.
2. **عزم المتعلم على الاحتفاظ:** حيث كلما كان للمتعلم عزيمة على التعلم ارتفعت درجة الاحتفاظ والاسترجاع لمادة التعلم.
3. **التدريب المكثف والتدريب الموزع:** حيث توزيع التدريب يؤثر بصورة أفضل في درجة الاحتفاظ والاسترجاع للمادة العلمية.
4. **معدل التعلم الأصلي:** كلما كان التعلم سريعاً يكون نسيانه بطيئاً.
5. **اختبار الفرد لنفسه:** حيث يعتبر التسميع من العوامل المهمة جداً في الاحتفاظ بالمعلومات.

التذكر لدى الأفراد التوحديين

1. التوحديون يعانون مصاعب في تخزين المعلومات التي تتطلب مستوى عالياً من المعالجة كرواية القصص، وتسلسل النشاطات والأحداث التي وقعت لهم، وتذكرهم للمعلومات التي شاهدوها بصرياً أفضل من تذكرهم للمعلومات التي تقدم إليهم بطريقة سماعية كطريقة اللغة، وهناك صعوبة في تذكر سلاسل معلومات لفظية طويلة تتعلق بما يفعلون وكيف يفعلون (وفاء الشامي، 2004، 315).
2. يتذكر بعض الأطفال التوحديين المقاطع الكاملة من المحادثات التي يسمعونها، بينما يُلقي الأطفال الآخرون أناشيد في الروضة وقصائد شعرية بدون أية أخطاء. والكثير منهم بشكل خاص يتعرفون على أجزاء من قطع موسيقية. ويلاحظون حدوث تغيرات طفيفة في الحجرة مثل ترتيب الكتب على الأرفف أو وضع منفضة السجائر على المائدة، ويمكن تذكر المعلومات المخزنة بصورة دقيقة (Lewis , 1987 , 142).
3. يعاني الأطفال التوحديون من ذوي الأداء الوظيفي المرتفع قصوراً في قدراتهم على التذكر، وذلك عندما تكون المهمة مرتكزة على استدعاء المعلومات بدلاً من أن تتطلب المهام التعرف عليها، والراشدون التوحديون تكون لديهم قدرة جيدة

على التعرف ولكن لديهم صعوبات في قدراتهم على تذكر المواد السياقية أو التي ترمز عرضياً (Bowler et al., 2004 ; Farrant et al., 1998; Bennetto et al., 1996; Renner et al , 2000)

4. ومن الواضح أن أداء الأطفال العاديين يكون أفضل على الاستدعاء المرتبط بالقواعد النحوية والدلالية المنظمة على أداء مهام تتابع الكلمات، بينما يظهر الأطفال التوحديون قصوراً في ذلك (Hermelin & O'connor , 1970).

5. تكون الذاكرة الصريحة سليمة لدى التوحديين ذوي الأداء الوظيفي المرتفع، وأن لديهم استراتيجيات تنظيمية مختلفة أثناء الترميز أو الاسترجاع من الذاكرة (Renner et al., 2000)

6. الذاكرة الدلالية ونظام التمثيلات الإدراكية تكون سليمة، بينما ذاكرة الأحداث Episodic Memory تكون انتقائياً معوقة، وهناك نسيان Amnesia شديد في التعرف والاستدعاء عندما يكون هناك مسافة زمنية بين الدراسة والاختبار (Squire , 1987; Millward et al., 2000)

7. يعتمد الأطفال التوحديون ذوو الأداء الوظيفي المرتفع أكثر على ذاكرة الحقائق والتي تكون لديهم جيدة، بينما يعتمد الأطفال التوحديون منخفضو الأداء على الذاكرة الإدراكية، والذاكرة الصماء والتي تكون لديهم مقيدة وغير مرنة (O'connor &Hermelin, 1988; Millward et al., 2000)

8. الذاكرة قصيرة المدى تكون سليمة لدى التوحديين، بينما هناك قصور في الذاكرة العاملة المكانية (Gras-Vincendon et al., 2008).

9. هناك تضارب في نتائج الدراسات التي تناولت الذاكرة طويلة المدى لدى التوحديين، فبعضها أكد على وجود عجز فيها (Boucher &Warrington , 1976) والبعض الآخر لم يجد عجزاً في الذاكرة طويلة المدى (Bennetto et al., 1996) ومعظم الدراسات تقرر وجود عجز في الذاكرة طويلة المدى عندما تكون المهمة تتطلب تذكر مواد لفظية مرئية لعمل جمل ذات معنى، وتكون سياقية (Fein et al., 1996) وهناك علاقة شاذة بين ذاكرة الأحداث والذاكرة طويلة المدى والذاكرة الدلالية (Ackerman , 1987).

في الذاكرة طويلة المدى الأحداث تكون Episodic سليمة، ولكن القصور وُجد عندما تكون المواد مُعقدة بشكل متزايد، والأطفال التوحديون لديهم مشكلات عندما تسترجع المعلومات بدلاً من ترميز وظائف الذاكرة.

10. هناك قصور في الضبط التنفيذي في التوحديين من ذوي الأداء الوظيفي المرتفع وفي كل مكونات الذاكرة العاملة (Landa &Goldberg , 2005)، وقصور في المهام على الذاكرة العاملة اللفظية (Kjelgaard &Tager-Flusberg , 2001).

وهدفت دراسة رسل وآخرين (Russell et al., 1996) الى فحص الذاكرة العاملة لدى الأطفال التوحديين الذين يستجيبون لسلسلة من البنود في مهمة العملية البؤرية(عدد النقاط على الكرت، تزويد بالكلمات المفقودة من الجملة، بينما يتم استمرار التسجيل العقلي المتأني لكل هذه الاستجابات السابقة)، وانتهت نتائج الدراسة الى أن الأطفال التوحديين مرتفعي الأداء الوظيفي يكونون بدرجة دالة لديهم عجز مقارنة بالمجموعة الضابطة، وأن أداء المشتركين منخفضي الأداء الوظيفي يكون أقل من العادي.

وتشير نتائج دراسة (Ozonoff &Strayer , 2001) الى عدم وجود قصور في الذاكرة العاملة لدى الأطفال والمراهقين التوحديين. وأسفرت نتائج دراسة (Joseph et al., 2005) عن أن الأطفال التوحديين لديهم قصور في استخدام استراتيجيات لفظية وسيطة للاستمرار وضبط المعلومات المرتبطة بالهدف في الذاكرة العاملة. والأداء على الذاكرة البصرية واللفظية تكون معوقة لدى الأطفال التوحديين مرتفعي- منخفضي الأداء الوظيفي (Wolf & Barlow, 1979). والقصور في الذاكرة يكون مرتبطا بالقصور في مكون الضبط التنفيذي الذي يستقبل استراتيجيات فعالة للضبط وتنظيم واستمرار المعلومات (Cheung et al., 2010).

التفكير

التفكير بمعناه العام هو كل نشاط عقلي أدواته الرموز أي يستعيض عن الأشياء والأشخاص والمواقف والأحداث برموزها بدلاً من معالجتها معالجة فعلية واقعية، ويقصد بالرمز كل ما ينوب عن الشيء أو يشير إليه أو يحل محله في غيابه. بهذا المعنى العام يشمل التفكير جميع العمليات العقلية من أبسطها الى أكثرها تعقيداً. أما التفكير

بمعناه الخاص فيقتصر على حل المشكلات حلاً ذهنياً أي عن طريق الرموز، وهو حل المشكلات بالذهن لا بالفعل. وهذا ما يعرف بالتفكير الاستدلالي (أحمد عزت، 1985، 330).

ويستخدم لفظ التفكير بمعاني كثيرة لوصف نشاط عقلي قد لا نعيه وعياً تاماً من قبيل أشياء الحياة اليومية والتي ندركها والتي نتصرف فيها على نحو روتيني، ولكنها تتطلب قليلاً من الانتباه المباشر أو الجهد، الى الفعل الواعي القصدي في التأمل أو لفت الانتباه الى جوانب معينة من خبرتنا (دافيد وآخرون، 2008، 24).

مراحل التفكير وفقاً لنظرية بياجيه

1. المرحلة الحسية الحركية تبدأ منذ الميلاد وتنتهي بحدود نهاية السنة الثانية، وهي سابقة للكلام وتعلم اللغة (حيث إن عمليات التكيف عند الطفل تتضمن استخداماً واسعاً للرموز واللغة). وتعتمد على الإحساسات والأفعال الانعكاسية، حيث يولد الطفل مزوداً بالفعل الانعكاسي الموروث كالقدرة على المص والقدرة على التصويت، وهذه التركيبات الموروثة هي التي تربط الطفل مع بيئته الخارجية (سوسن شاكر، 2009، 171).
2. مرحلة ما قبل العمليات وهي تبدأ من 2-7 سنوات: فالطفل في هذه المرحلة لم يكتسب بعد القدرة على القيام بالعمليات المنطقية، مثل الجمع والطرح والضرب والقسمة والمناظرة والترتيب واللغة حدث هام في هذه المرحلة وتنقسم هذه المرحلة الى مرحلتين مرحلة ما قبل المفاهيم من 2- 4 سنوات والطفل غير قادر فيها على تكوين المفاهيم، ومرحلة الحدس من 4-7 سنوات وفيها يكون فهم الطفل للمفاهيم أو المدركات الكلية مرتكزاً على ما يراه ويبصره بحيث يكون تركيز انتباهه الطفل على جانب واحد فقط من الشيء مع إهمال باقي الجوانب في نفس الوقت، وبما أن التفكير الحدسي يرتكز في كل لحظة على علاقة معينة فإنه يعد إذن ظاهرياً لا يدرك من الواقع الخارجي إلا مظهره الإدراكي (كريمان بدير، 2007، 171 -172).
3. مرحلة العمليات المادية: تكون بدايات التفكير المنطقي أو التفكير العملي عند الطفل، فيستطيع حل المشكلات حلاً داخلياً، كما يتمكن من إتمام عملية عقلية

معينة بداخله، ثم يظهر عكس هذه العملية تماماً على شكل سلوك غير ظاهر، مثل أن يبدأ بفكره معينة (أ) ثم يضيف إليها فكرة أخرى (ب) فينتج عنهما الفكرة الجديدة (جـ)، ويستطيع الاحتفاظ بها وتعني قدرة الطفل على إدراك أن الأشياء تحتفظ بهويتها حتى بعد أن تطرأ عليها بعض التحويلات والتغيرات الواضحة للعيان، وقدرة الطفل على الجمع بين فئتين أو أكثر على شكل فئة أكثر اتساعاً وعمومية، وقدرة الطفل على ترتيب مجموعة من المثيرات ترتيباً تصاعدياً أو تنازلياً وفق بعد من الأبعاد كالطول أو الحجم أو الارتفاع (شفيق فلاح، 2004، 214- 217).

4. لعل أبرز ما يميز تفكير المراهق في هذه المرحلة هو وصوله الى مرحلة التفكير الشكلي (العمليات المجردة) وهي تعبر عن قدرة الفرد على التعامل مع الرموز والمفاهيم غير المحسوسة، وتحرر المراهق من التمركز حول الذات، والتواصل بأفكاره مع الآخرين (ثائر أحمد، خالد محمد، 2009، 235).

التفكير لدى الأفراد التوحديين

1. يتميز تفكير الطفل التوحدي بأنه تفكير يبتعد عن الواقع، فهو لا يدرك الظروف الاجتماعية المحيطة به، ويدرك العالم المحيط به لإشباع رغباته واحتياجاته الشخصية. فيتسم تفكيره بالانشغال بالذات، حيث تسيطر رغبات الفرد وحاجاته على نشاطه العقلي، بينما تسيطر طبيعة الأشياء والأحداث في التفكير المنطقي (عبد المنعم الحفني، 1978، 81).
2. كما يجد الطفل التوحدي صعوبة في تحديد الاتجاهات، والأحجام.
3. تُعد نظرية العقل من النظريات التي اكتسبت شهرة في الآونة الأخيرة (Baron- Cohen, 1995 ; Frith, 1989-A) وهذه النظرية هي امتداد للنظرية المعرفية في التوحد.

وظهر مفهوم نظرية العقل لدى الأفراد بواسطة ولمان Wellman , 1992 لتفسير عمليات فهم الحالات العقلية داخل الفرد وخارجه. وتقول أن الطفل التوحدي غير قادر على التنبؤ وشرح سلوك الآخرين من خلال حالاتهم العقلية، في حين نجد أن الأشخاص الأسوياء لديهم فهم خاص أو إحساس خاص يستطيعون من

خلاله قراءة أفكار الآخرين. وبالتالي فالطفل التوحدي يعجز عن التمييز بين ما هو موجود في عقله وما هو موجود في عقول الآخرين (Dodd , 2005 , 4 ; Happe, 1994).

ونظرية العقل أساسية لفهم وتفسير التنبئو والتعامل مع سلوكيات الآخرين، ومعظم الأطفال الصغار يظهرون إشارات لتطور نظرية العقل مع عمر 18 شهرا من خلال الانشغال بلعب رمزي واستعمال الأشياء لتمثل أشياء اخرى غير الشيء الذي تمثله. ومع عمر ثلاث سنوات فإن الأطفال يصبحون قادرين على فهم الفرق بين الحالات العقلية الخاصة بهم وحالات الآخرين العقلية. ويبدو أنهم يفهمون ماذا يدرك الآخرون ويعرفون أن الأفراد يختلفون في ماذا يرون، ويعرفون، ويتوقعون ويفضلون ويريدون ومع عمر أربع الى خمس سنوات، فإن الأطفال يفهمون المعتقدات الخاطئة ويدركون الفرق بين الظاهر والحقيقة ويفهمون مفاهيم الرغبة والتوتر ويفهمون بأن أفعال الأفراد نتيجة لأفكارهم ومعتقداتهم ونصائحهم.

ويتضح مفهوم نظرية العقل بأفضل طريقة من خلال تجربة سالي-آن (Sally-Ann Experiment) أو مهمة الاعتقاد الخادع. في هذا الاختبار يقدم الى الطفل دميتين. سالي لديها السلة وآن لديها الصندوق، سالي وضعت الدمية في سلتها ثم غادرت، وبعد مغادرة سالي، فإن آن أخذت الدمية من سلة سالي ووضعتها في صندوقها. وعندما عادت سالي، فإن السؤال هو: أين سوف تبحث عن دميتها؟ يجب أن تبحث عن دميتها في سلتها حيث تركتها لأنها لم تر آن عندما أخفت اللعبة. وإن الأطفال التوحديين يفشلون في تقدير وجهة نظر وإدراك سالي. لأنهم رأوا آن تضع دمية سالي في صندوقها، بينما لم تر سالي ذلك. وقال 80٪ من الأطفال التوحديين بأنه يجب أن تبحث سالي عن لعبتها في صندوق آن، بينما 14٪ من الأطفال المصابين بمتلازمة داون قاموا بالخطأ نفسه (Firth, 2003)

4. تشير فرضية الوظائف التنفيذية Executive Function الى أن العمليات المعرفية التي تطبق مدى واسعاً من المحتوى فعلى سبيل المثال الأنشطة بالاستثناء تلك التي تكون أوتوماتيكية من الممكن أن تكون كلها تحتاج الى وظائف تنفيذية، والوظائف

التنفيذية تكون مرتبطة بالفصوص الأمامية من المخ. ولوحظ أن التوحديين لديهم مصاعب في أداء الوظائف التنفيذية، فهم لديهم مصاعب في عملية التخطيط أو التفكير في استراتيجيات لانجاز هدف محدد، أو وضع بدائل والانتقاء من بينها لتحقيق غرض من خلال التنبؤ بنجاح أو عدم نجاح هذه الاستراتيجيات. لقد قام أوزونوف وآخرون (Ozonoff et al., 1991) بعقد مقارنة واضحة لأداء الأطفال التوحديين على مهام الوظائف التنفيذية، وأشارت نتائج الدراسة الى أن الأطفال التوحديين يؤدون بطريقة متدنية مقارنة بالمجموعة الضابطة على كل من نظرية العقل والوظائف التنفيذية.

5. يميل الأشخاص العاديون الى توحيد جوانب أو مكونات عديدة من المعلومة للحصول على صورة كاملة لها معنى ويشار الى هذا الميل نظرية الترابط المركزي Central Coherence Theory ويواجه الأشخاص التوحديون صعوبة في توحيد المكونات العديدة للمعلومة وأنهم على الأرجح يكتشفون العالم بطريقة مجزأة (وفاء الشامي، 2004، 336).

التخيل

يعرف التخيل بأنه العملية العقلية العليا التي تقوم في جوهرها على إنشاء علاقات جديدة بين الخبرات السابقة بحيث تنظمها في صور وأشكال لا خبرة للفرد بها من قبل. فالتخيل بهذا المعنى عملية عقلية تستعين بالتذكر في استرجاع الصور العقلية المختلفة ثم تمضي بعد ذلك لتؤلف منها تنظيمات جديدة تصل الفرد بماضيه وتمتد به الى حاضره وتستطرد الى مستقبله، فتبني من ذلك كله دعائم قوية للإبداع الفني والابتكار العقلي والتكيف القوي للبيئة. وكل مشروع وكل مظهر من مظاهر حياتنا القائمة كان فكرة وخيالاً في أذهان الناس قبل أن تصبح حقيقة واقعة (فؤاد البهي السيد، 1997، 167-168).

مراحل تطور التخيل

1. تمتاز مرحلة الطفولة المبكرة بقوة خيال الأطفال حيث يطغى الخيال على الحقيقة، ويختلط الواقع بالخيال وهذا ما يفسر لنا جزءاً من أكاذيب الطفل في هذه المرحلة

على أنها ليست أكاذيب أو تشويهاً للحقيقة، وإنما هي تخيلات وأحلام يقظة يراها الطفل كثيراً على أنها حقائق واقعية (محمود عطا، 1419،182). وعلى هذا يتصف خيال أطفال ما قبل المدرسة بالخصوبة المفرطة، ويرجع ذلك لنقص خبرتهم الحسية بالمقارنة بخبرة من هم أكبر منهم سناً، وعدم قدرتهم على التفرقة بين الحقيقة والخيال (سعدية بهادر، 2002).

2. في مرحلة الطفولة الوسطى ينمو التخيل من الإيهام الى الواقعية والابتكار والتركيب، وينمو اهتمام الطفل بالواقع والحقيقة (كريمان بدير، 2007، 140).
3. في مرحلة الطفولة المتأخرة يفكر الطفل بواسطة التصور البصري فهو بصري أولاً وقبل كل شيء.
4. في مرحلة المراهقة تتمايز القدرة على التخيل وتتجه من المحسوس الى المجرد، ويتضح ذلك في الميل الى الرسم، والموسيقى، ونظم الشعر والكتابات الأدبية (ثائر أحمد، خالد محمد، 2009، 237 - 241).

يرى (محمود حمودة، 1993) بأن التوحد اضطراب يتميز بشذوذات سلوكية تشمل ثلاث نواح أساسية من النمو والسلوك، وهو خلل في التفاعل الاجتماعي، وخلل في التواصل والنشاط التخيلي، وقلة ملحوظة للاهتمامات والأنشطة.

فالطفل التوحدي يفتقد القدرة على التخيل فهو غير قادر على اللعب التخيلي أو الخيالي، فلا يستعمل الدمى أو السيارات كأطفال أو سيارات تسير في الشارع، وإنما يستعملها كمواد بناء. ومع تقدم الطفل التوحدي في العمر تتطور نزعته الى تنظيم وترتيب الأشياء لتصبح على شكل تصلب وجمود في استعمال مواد اللعب وتكرار الأنشطة المتشابهة واستعمال الأشياء بشكل طقوسي نمطي(زكريا الشربيني، 2004، 104).

الذكاء

يعرف بينيه Binet الذكاء على أنه " القدرة على الفهم والابتكار والتوجيه الهادف للسلوك، والنقد الذاتي، ويعرفه ميومان Meuman على أنه" الاستعداد العام للتفكير الاستقلالي الإبتكاري الإنتاجي " (خليل ميخائيل، 1994، 118).

أما جودارد فيعرفه على أنه "القدرة على الإفادة من الخبرات السابقة في حل المشكلات الحاضرة والتنبؤ بالمشكلات المستقبلة" ويعرفه بترسون على أنه "أداة بيولوجية تعمل على جمع نتائج عدة مؤثرات متشابكة وتوحيد أثرها في السلوك" (سيد خير الله، 1981، 340).

ويشير كانر الى أن الأطفال التوحديين لا يبدون كأطفال طبيعيين فحسب، بل إنهم عادة ما يكون جذابين أيضاً، لذا ليس من المدهش أن هذا الأمر قد شجع كانر على افتراض أن هؤلاء الأطفال أذكياء أيضاً خاصة بعد ظهور مجموعة من المهارات الخاصة في نواح معينة لديهم لمشاعر" (مورين آرونز، تيسا جيتنس، 2005، 11).

ويرى (روتر 1983) أن العديد من الدراسات تجمع على أن كثيراً من الأطفال التوحديين لديهم قصور معرفي يصعب تفسيره في ضوء ما أطلق عليه (كانر) سلوك العزلة الاجتماعية باعتبارها السبب لدى جميع الأطفال التوحديين لأن يكونوا معوقين عقلياً: بينما الواقع ليس كذلك، ويرى أن نسب ذكاء الأطفال التوحديين تعتبر ثابتة بشكل مناسب، وأنها ترتبط مع تحصيلهم الدراسي بشكل معقول. كما يذكر أنه حين أصبح هؤلاء الأطفال أكثر اجتماعية سواء نتيجة لاستخدام بعض أساليب التدخل، أو أي شكل آخر، فإن نسب ذكائهم لم يطرأ عليها تغيير ملحوظ. ويذكر (روتر) أن انخفاض الأداء على اختبارات الذكاء بالنسبة لهؤلاء الأطفال يكون عادة محكوماً بطبيعة موقف الاختبار، وليس بصعوبة المهمة المطلوبة منه.

إن الأطفال التوحديين لديهم ذكاء طبيعي إلا أنهم ببساطة عاجزون عن توصيله للآخرين وذلك نتيجة للصعوبات الاجتماعية وصعوبات التواصل لديهم، وعندما تم اختبار الذكاء لديهم وجد أن ثلثي التوحديين يحصلون على درجات أدنى من المتوسط أو أن لديهم عدم قدرة أو عجزاً في الذكاء، وهذا يعني أنه لدى التوحدي عائقا أو إعاقة عقلية بجانب التوحد حيث أن 70٪ من التوحديين لديهم تخلف عقلي أما الثلث المتبقي فله نسبة ذكاء في المدى العادي والطبيعي (كوثر عسلية، 2006، 139-140).

وقد أظهر الأطفال التوحديون أداء جيداً على اختبار تصميم المكعبات في مقياس وكسلر لذكاء الأطفال Wisc (Shah &Frith , 1983).

لقد أكد بارون كوهن2003 Baron-Cohen, على أن 25٪ من الأفراد التوحديين من مرتفعي الأداء الوظيفي، لديهم ذكاء عادي أو فوق المتوسط، ويمتلكون قدرة جيدة في الموضوعات العلمية والتقنية.

وذكاء التوحديين لا يقف عند حد معين من معرفة المفردات، وعدم التجانس واتساع التباين في المضمون المعرفي فحسب، بل يمتد الى حجم مساهمة كل مكون من هذه المكونات العقلية في الدرجة الكلية للذكاء، وذلك حسب مستوى الذكاء الخاص بهذا التوحدي، وإن عدم التجانس في مكونات الذكاء لا يقتصر فقط على نوعية القدرات التي يفهمها التوحدي، بل يمتد الى عوامل اخرى قد تكون وراثية أو قد تكون ذات عامل بيئي (رائد خليل، 2006، 59-60).

ويعاني الأفراد التوحديون من قصور في عمليات التجهيز فقد أسفرت نتائج دراسة سيسلسكي وهاريس (Ciesielski &Harris , 1997) الى أن الأفراد التوحديين لديهم قصور كبير في تجهيز المعلومات على المهام التي تتطلب درجات مرتفعة من التجهيز المتأني Simultaneous وصعوبات كبيرة في المرونة المعرفية، وفي قدراتهم على التحول الانتباهي الى مهام جديدة.

والكثير من السمات المعرفية تكون معوقة بسبب الشذوذات الأساسية أو ترجع الى القصور في الاستراتيجيات التعويضية، والدراسات الفسيولوجية لأكثر العمليات الأولية من الممكن أن تزودنا بأساس لفهم القصور من المستويات المرتفعة في مصطلحات نمائية(Muller et al., 2001) وإلى القصور في الأداء التنفيذي الذي يتضمن التخطيط، والحصول على الأهداف (Hughes &Russell , 1993).

القدرات الخاصة للتوحديين

بعض الأطفال التوحديين لديهم نمو حركي وإحساسات سليمة، وذكاء غير لفظي مرتفع، ومفردات لغوية معقولة، وقواعد نحوية سوية وذاكرة ارتباطيه، والتذكر وقدرات جيدة على الرسم والموسيقى (Lewis , 1987, 193).

وقد وجد في جزر القدرات Islets of Ability أن فقط (1) من (10) أطفال توحديين يبدون موهبة فريدة واستثنائية (Frith , 1989-B)، وفي الولايات المتحدة،

من بين 300.000 حالة توحد يوجد 10 من هؤلاء لديهم قدرات خاصة (كوثر عسلية، 2006، 144). وفقط حوالي 1 الى 10 من الأفراد التوحديين يظهرون مهارات رائعة أو استثنائية، ويظهرون نسب ذكاء متقدمة في مجال الموسيقى، والرسم، والمهارات الحسابية المتقدمة مقارنة بالجوانب الأخرى للذكاء (Rimland , 1978 ; Rimland &Hill , 1984).

تعتبر الذاكرة القوية من أهم مميزات التوحديين الموهوبين، كما يوجد لديهم العديد من المهارات أبرزها حساب التقويم السنوي كإعطاء تواريخ لأيام في الماضي البعيد أو في المستقبل البعيد، كذلك قدرتهم الخارقة على الحسابات العقلية السريعة بالوصول لنواتج ضرب الأرقام في سن الخامسة، وحساب الجذور وتأليف الأحاجي، أو إيجاد أعداد أولية لرقم ما، ويبدع بعض التوحديين الموهوبين في مجال الكمبيوتر والعلوم، والبعض منهم لديه ذاكرة سمعية فريدة، ومنهم من يعزف المقطوعات الموسيقية بعد سماعها لمرة واحدة فقط، والبعض الآخر يغني مقطوعات غنائية صعبة(كوثر عسلية، 2006، 141).

ومن هؤلاء الأطفال من يكون ماهراً في تشغيل الآلات الكهربائية في عمر مبكر، ومن يكون ماهراً في الرسم سواء نقلاً أو تخيلاً، فقد رسم طفل انجليزي توحدي عمره الزمني(10) سنوات تمثال الحرية الأمريكي عندما جلس أمامه لمشاهدته لأول مرة، وكذلك فهم يتمتعون بذاكرة خارقة خاصة الذاكرة البصرية المكانية، فيستطيع هؤلاء الأطفال أن يعرفوا طريقهم مرة اخرى للأماكن التي زاروها مرة واحدة فقط، كما يعرفون طريق الأشياء التي تهمهم في بيوت لم يزوروها منذ عدة أعوام(نادية أديب، 1993، 16).

وبعض حالات التوحد هناك من لديه القدرة على تحديد اليوم مثال يوم الخميس الموافق 7-2-2009 فعندما نقول له ماذا يكون يوم 7-2-2019 يستطيع أن يقول لك اليوم في لحظة، وتسمى هذه القدرة على تحديد اليوم والأسبوع في المستقبل (بالشذوذ الإحصائي) بمعنى ندرة هذه القدرة بين الناس. وأيضاً هناك من لديه قدرة فائقة في السمع والتذكر فهناك طفل توحدي سمع سورة الكهف مرة واحدة فقط فحفظها دون الرجوع الى المصحف على الرغم من أنه لا يجيد القراءة والكتابة.

الابتكار والتوحد

لقد أجريت ثلاث دراسات من خلال كراج وبارون كوهن (Craig &Baron-Cohen , 1999) عن الابتكار لدى التوحديين، وأبرزت نتائج الدراسة الأولي أن هناك عجزا واضحا في قدرة التوحدي على الابتكار، أما الثانية فقد اهتمت بتفسير العجز، وأرجعته الى الاضطراب التنفيذي، والقصور في عمليات التخيل، وأن هؤلاء الأفراد التوحديين يولدون تغيرات جديدة ممكنة للموضوع، لكنها أقل مما وجد لدى المجموعة الضابطة، وأسفرت نتائج الدراسة الثالثة والتي استعانت باختبار لطلاقة التخيل أن الأطفال التوحديين يعطون اقتراحات قليلة تتضمن أشكالا غير واقعية بدلاً من إعطاء أشكال حقيقية مقارنة بالمجموعة الضابطة وهذا دليل على وجود الاضطراب التنفيذي.

والابتكارية سوف لا تكون ممكنة للأطفال التوحديين بسبب الخصائص التي يبديها هؤلاء الأفراد مثل السلوك النمطي (Sacks , 1995)، والصعوبات العقلية (Applegate , 1967).

والغرض من النشاط الفني للأطفال التوحديين يكون في فهم العالم من خلال عملية الانتقاء الناقد وإعادة ترتيب الأشياء المرتبطة بالخبرات الخاصة.

وفي هذا الإطار قدم لوكي (Luquet ,1927) نظرية مكونة من ثلاث مراحل لنمو رسم الأطفال: الفشل في الرسم الواقعي يكون من سن (2-3 سنوات)، ويظهر الوعي بالموضوع لكن الأطفال في هذا العمر أحياناً يفشلون في عمليات التآزر والتنسيق بين أجزاء الرسم، وتحدث الواقعية الذهنية في سن (5-7 سنوات). والأطفال يرسمون ما يعرفوه عن الموضوع، وتحدث الواقعية البصرية في سن (8 سنوات وأكثر) فالأطفال يرسمون ما هو واقعي وما يروه من وجهة نظر محددة.

وعلى هذا فإن الأطفال يرسمون بطريقة متوقعة تبدأ من الخربشة (الرسم أو الكتابة بعجلة) والتقدم الى مرحلة واقعية، ونظرية المرحلة النمائية تعتمد على العمر الزمني (Alland , 1983).

ولقد أجرى بارون كوهن وشارمن (Baron-Cohen &Charman , 1993) تجربة للتحقق من نظرية لوكي من خلال مقارنة بين الأطفال التوحديين وأقرانهم

العاديين الأصغر سناً من المتخلفين عقلياً للتحقق من النظرية المكونة من ثلاث مراحل لنمو الرسم، فوجدا أن الأطفال التوحديين لا يظهرون فروقات دالة في إنتاج رسومات واقعية بصرية وذهنية مقارنة بالأطفال الآخرين. وقد أظهروا كذلك بأن رسومات الأطفال بدون إعاقات تحت سن 5 سنوات تعتمد على مفهومهم فعلي سبيل المثال رسم أشكال إنسانية، والأطفال التوحديون أظهروا تتابعا للنمو مثل الأطفال الآخرين والذين يماثلونهم في العمر العقلي.

وقد قرر سلفي (Selfe , 1977) على أنه لا يوجد دليل على أن أي طفل توحدي موهوب فنياً يمر بمرحلة الشخبطة، والأطفال العاديون الموهوبون يظهرون نموا، ومثابرة، وأسلوبا شخصيا مميزا، لكن الطفل الموهوب التوحدي يظهر أنه في حاجة ماسة الى شحذ استعداده، وتجهيزه، ويكون ساكنا أو راكدا من ناحية النمو. وإنه أيضاً يتلاشي بالكامل بدون قصد أو نية شخصية. وفي نفس الإطار يؤكد ساكس (Sacks , 1995) على أن الطفل التوحدي يمكنه إنتاج رسومات بصرية في وقت مبكر مقارنة بالآخرين، فعلى سبيل المثال نادية طفلة توحدية موهوبة في الفن، لم تستقبل أية تعليمات أو لم تتعرض للفن، وعلى الرغم من ذلك وفي عمر الثالثة والنصف نراها قد تجاوزت مرحلة الشخبطة العادية، وأنتجت رسومات جيدة.

وعندما يتم اختيار الأطفال التوحديين كما ترى فريث (Frith , 1989-B) مع أقرانهم بدون إعاقات مقارنة بالعمر العقلي والزمني نجد أن الأطفال التوحديين يكونون أسرع وأكثر دقة في حل ألغاز تصميم المكعبات.

لقد أكدت جراندين (Grandin , 1995) على أن الأفراد التوحديين بالإضافة الى تملكهم مهارات بصرية مكانية من الممكن أن يكونوا قادرين على تشكيل التحليل البصري الفطري للنموذج. وقد أكدت على أن القدرة البصرية المكانية في الفن تنمو في عمر مبكر من حياة الطفل التوحدي.

المعارف الأكاديمية

الكثيرون من الأطفال التوحديين لديهم اهتمام بالمواد الأدبية، وبعضهم يتعلمون القراءة وحدهم دون تعليم مسبق، ويمكن القول بأن الأشخاص التوحديين لا يعانون مصاعب كبيرة في تحليل الكلمات وقراءتها (إلا إذا كان لديهم تأخر ذهني

إضافي) ومع ذلك فهم يظهرون قصوراً في استيعاب وفهم ما يقرأون، أما البحوث المتعلقة بتعلم الرياضيات والمهارات النظرية الأخرى لدى الأشخاص التوحديين فهي محدودة (وفاء الشامي، 2004، 256).

حدد وايت وآخرون(White et al., 2006) مجموعات فرعية من الأطفال التوحديين من ذوي الأداء الوظيفي المرتفع يبدون مشكلات في حل شفرة الكلمة.

وهناك صعوبات في فهم القراءة لدى الأطفال التوحديين (Wahlberg &Magliano, 2004) ويرجع ذلك الى السلوكيات النمطية، واضطراب قصور الانتباه/ النشاط المفرط.

تفضيل اليد

انتهت نتائج دراسة هوك ودوي (Hauck &Dewey , 2001) الى أن تفضيل اليد يكون لها دور وأهمية كبيرة، ولم تسفر نتائج الدراسة عن استخدام اليد اليسرى لدى عينة من الأطفال التوحديين البالغ عددهم (40) طفلا، وتراوحت أعمارهم ما بين 2.5-7 سنوات.

ومن حيث الثبات في استخدام اليد اليمنى فقط أو اليسرى فقط كمعظم الأطفال، فإننا نجدهم يختلفون عن الطفل السليم في عدم الثبات على استخدام يد معينة بحيث يترددون أو يتبادلون استعمال اليد اليمنى مع اليسرى، مما يدل على اضطراب وظيفي بين نصفي المخ اليمن والأيسر(عثمان فراج، 2002، 53).

فهم الزمن

يعاني الأشخاص التوحديون صعوبات بالغة في فهم الزمن، وبالرغم من أن بعض الأمهات والمعلمين يذكرون أن بعض الأشخاص التوحديين يدركون متى يبدأ برنامج يحبونه في التلفاز على سبيل المثال، إلا أن فهم الزمن يقتضي مفاهيم كثيرة وليس مجرد معرفة مواعيد أحداث روتينية، فهو يتضمن فهم استمراره ومروره، وفهم المستقبل وكيفية تسلسل الأحداث اليومية (وفاء الشامي، 2004، 359-360).

الفصل السادس

السمات النفسية

مظاهر الحالة الانفعالية المستثارة

الصفات المميزة للانفعالات

مراحل تطور النمو الانفعالي

التطور الانفعالي لدى الأفراد التوحديين

الغيرة

الغضب

اضطرابات القلق

الاضطرابات المزاجية

الفصام

الفصل السادس

السمات النفسية

نتناول في هذا الفصل أهم مظاهر الانفعال، والصفات المميزة وتطورها لدى العاديين والتوحديين، والغضب، والشعور بالذنب، اضطرابات القلق والاضطرابات المزاجية، وبعض الاضطرابات الذهانية.

مظاهر الحالة الانفعالية المستثارة تتكون من:

1. وجود موقف معين يفسره الفرد بشكل خاص تبعاً لخبراته.
2. استجابة داخلية لهذا الموقف. وتتضمن هذه الاستجابة تغيرات جسمانية وفسيولوجية وعمليات عقلية.
3. تعبيرات جسمانية خارجية مكتسبة من الثقافة للتعبير عن هذا الانفعال. وهذه قد تكون تعبيرات لغوية أو تغيرات في ملامح الوجه أو حركات جسمانية أو كلها مجتمعة (سعد جلال، 1985، 200).

الصفات المميزة للانفعالات

تختلف انفعالات الأطفال في بعض مظاهرها عن انفعالات البالغين الراشدين، وتتميز بأنها:

1. متحولة المظهر، أي أنها تبدأ بسرعة وتنتهي بنفس السرعة التي بدأت بها.
2. كثيرة: تنتاب الطفل انفعالات كثيرة وهي لذلك تصبغ حياته بصبغة وجدانية مختلفة الألوان والآثار.
3. انفعالاته على لون واحد فهو سرعان ما يضحك ليخاف.
4. حدتها في شدتها: لا يميز الطفل في ثورته الانفعالية بين الأمور التافهة والأمور المهمة، فهو يبكي في حدة حينما تمنعه من الخروج، ويبكي أيضاً بنفس القوة حينما تشتري له دراجة جديدة (سوسن شاكر، 2009، 265).

مراحل تطور النمو الانفعالي

مرحلة المهد

1. مع نهاية الشهر الأول يبدأ الطفل بالتبسم عند رؤية أي وجه، وبوصوله إلى الشهر السادس يبتسم كثيراً وليس من المهم أن يرى الطفل الوجه، فالأطفال الذين يولدون عميا يندمجون في ابتسامات متواصلة عند الستة أشهر (واطسون، جرين، 2004، 385).
2. في عمر 4 أشهر متابعة تحرك الشخص بالعين، في عمر 16 أسبوعاً يبتسم الطفل تلقائياً لمثير اجتماعي.
3. عندما يصل الطفل إلى عمر 6 شهور يصبح أكثر وعياً بانفعالات الناس الآخرين، فهو يستجيب للسرور والحزن البادي على وجوه الراشدين المحيطين به، ويقوم بتقليد هذه التعبيرات.
4. في عمر 7 أشهر يميل إلى النظر إلى المرآة.
5. في عمر 9 شهور يأكل بنفسه قطعة بسكويت.
6. في عمر 12 شهراً يتعاون عند ارتداء ملابسه (كريمان بدير، 2007، 56).
7. أما عن مخاوف الطفل فإن الطفل يخاف من الأصوات العالية والسقوط في بداية حياته، ويلاحظ ذلك بوضوح عندما يصرخ الأب في أحد أطفاله، فإن الطفل الصغير يخاف ويعبر عن خوفه بالبكاء، ومن مظاهر الخوف في السنة الاولى الخوف من الغرباء وخوف الانفصال عن الأم يظهر ما بين 8-12 شهر ثم يختفي عند انتهاء هذه المرحلة. (محمود عطا، 1419، 161 -162).
8. في عمر 18 شهراً يحمل اللعبة.
9. في عمر 24 شهراً يقلد الأحداث المألوفة (كريمان بدير، 2007، 56).

مرحلة الطفولة المبكرة

يبلغ نشاط الطفل الانفعالي أقصاه في نهاية السنة الثالثة، ويتميز شكل ونوع الانفعال بالحيوية والقوة، وسرعان ما ينتقل فجأة من حالة انفعالية إلى أخرى مضادة

لها، ثم تأخذ حدة الانفعالات في الزوال تدريجياً، ويبدأ العمل على تكامل خبراته الانفعالية والربط بينها بعلاقات ثابتة مستمرة فتتجمع عدة انفعالات حول موضوع معين وغالباً ما يكون شخصاً، وبذلك يشرع في تكوين ما يسمى بالعادة الانفعالية أو العاطفية.

وفي العام الرابع يشرع في اللعب وسط الأطفال نتيجة لظهور ميله نحو غيره من الأطفال لكنه لا يسمح لهم أن يلعبوا بلعبه فيلعب كل منهم بلعبته الخاصة، وفي سن الخامسة يتكون نوع من الاستقرار في حياة الطفل الانفعالية نتيجة للأمان والطمأنينة التي تسود علاقته بأمه، ومع ذلك فهو لا يزال عنيداً، ويستمر ذلك معه حتى نهاية المرحلة (عادل عبد الله، 1999، 16- 17).

ويتعلم الطفل التعبير عن انفعاله، ويتميز الطفل خلال هذه المرحلة بالتمركز حول ذاته، إذ يلح كثيراً في طلباته ويكون واعياً لتأثير انفعالاته على الوالدين، كما يتعلم أيضاً المدى الذي يمكنه من الوصول إلى التعبير عن انفعالاته (حسن مصطفى، هدى قناوي، 2000، 202).

وكذلك فإننا نلاحظ أن الطفل في هذه المرحلة أقل من الكبار قدرة على تحمل الألم وأقل مقاومة للأمراض مما يجعله معرضاً للعدوى ونزلات البرد خاصة في فصل الشتاء (عبد الكريم قاسم، 2004، 131).

وفي السنة الثانية وحتى الخامسة يفزع الطفل من الأماكن الغريبة، ويخاف الحيوانات والطيور التي لم يألفها، ويخاف الطفل من الظلام والرعد والبرق، وفي سن ما قبل المدرسة يتخيل الطفل أشياء ومواقف لا وجود لها مثل الخوف من العفاريت والأشباح والجن (نبيلة الشوربجي، 2007، 221-222).

وفي هذه المرحلة فإن الأطفال يمكنهم أن يظهروا المعالجات الواعية للأفراد الآخرين، وأيضاً يفهمون الخداع على أنه معالجة المعارف للناس الآخرين من خلال معتقد خاطئ (Dwivedi , 2004).

مرحلة الطفولة الوسطى المتأخرة

تستمر الانفعالات في النمو والتمايز التدريجي فتظهر بعض الانفعالات مثل الخجل ويحدث تحول تدريجي في الانفعالات من حيث: تغير بعض المثيرات التي تؤدي

إلى الانفعال، تغير الاستجابات التي يعبر بها عن انفعالاته ففي السابق كان البكاء الشديد، أو الضحك العالي لكن في هذه المرحلة تتسم انفعالات الطفل بالهدوء، كما تمتاز هذه المرحلة بالاتزان الانفعالي والهدوء الانفعالي (السر أحمد، 2009، 158).

نوع المثيرات أو المنبهات التي تثير انفعال الطفل، تختلف مع النمو، حيث تضاف منبهات عديدة في مقابل اختفاء أخرى. ومن ذلك أن مخاوف الأطفال تزداد من الأصوات العالية والحشرات والظلام والأشباح في المراحل السابقة لتزيد إليها منبهات أخرى كالخوف من المدرسين أو المدرسة، والعلاقات الاجتماعية واللصوص، ومخاطر السيارات وغيرها، وفي نفس الوقت تقل بعض منبهات الخوف كالصوت المرتفع أو بعض الحيوانات (محمود عطا ، 1419، 202).

20٪ من الأطفال في عمر الخامسة وحتى الحادية عشرة يعانون من مخاوف جسدية أو مخاطر جسدية وهي مخاوف مألوفة من سن العاشرة فما فوق، و20٪ من الأطفال يخافون الامتحانات (شيفر وملمان، 2006، 13).

مرحلة المراهقة

وفي المراهقة يتأثر المراهق تأثراً سريعاً بالمثيرات الانفعالية المختلفة نتيجة لاختلال اتزانه الغددي الداخلي، يزداد المراهق أحياناً في الإفصاح عن انفعالاته ويكتمها في نفسه خشية أن يثير نقد الناس ولومهم فينطوي على ذاته، ويلوذ بأحزانه وهمومه، كما يندفع المراهق أحياناً وراء انفعالاته حتى يمسي متهوراً يركب رأسه فيقدم على الأمر ثم ينخذل عنه فيضعف ويتردد (فؤاد البهي السيد، 1997، 305-306).

ويتضمن الانتقال من جماعة الأطفال إلى الكبار الانتقال إلى عالم جديد غير معروف تماماً، والنمو الجسماني الذي يمر به الشاب يجعله في موقف يشعر فيه أن جسمه أيضاً قد أصبح غريباً عليه (سعد جلال، 1985، 240 -241).

التطور الانفعالي لدى الأفراد التوحديين

لقد أظهر التراث البحثي بأن الأطفال الرضع التوحديين في أعمار نمائية من 6-24 شهراً لديهم قصور في التواصل الاجتماعي مع الآخرين، وهذا يدل على أن

هؤلاء التوحديين لديهم صعوبات في اختبار انفعالاتهم الخاصة أيضاً إدراك وفهم انفعالات الآخرين(Wimpory et al., 2000) وفي هذه المرحلة يبني الطفل التوحدي قدرات للتعبير عن الانفعالات بعد الميلاد بوقت قصير، والطفل الرضيع يعبر عن انفعالاته مثل الحزن والغضب والمتعة أو السرور والاشمئزاز والاهتمام (Izard &Malatesta , 1987).

الادعاء بأن الفرد التوحدي لديه نقص في الانفعالات والخبرات الانفعالية يكون أقل حدة من العاديين، هذا يحدث، على الرغم من أنه من المعلوم أن ردود الفعل الانفعالية القوية لاسيما السلبية التي تظهر من خلال الأفراد التوحديين في مواقف محددة. وهناك أيضاً أحياناً دلائل واضحة أو إشارات واضحة من الحساسية للمزاج أو مشاعر الآخرين، مثل أن يبدي أية استجابة للتلميحات أو المنبهات اللفظية أو غير اللفظية (Simons & Oishi , 1987 ; Frith , 1989-B ; Grandin , 1995).

وإدراك الانفعالات المعقدة يكون فقط ممكنا في مرحلة متقدمة من دورة التعلم الاجتماعي، حتى المرحلة الضرورية التي يتم الوصول إليها، وكلمة الانفعال تظل غامضة. وإن الفرد التوحدي من الممكن أن يتعلمها، ويكون قادرا على تكرارها وربما حتى استخدامها على نحو صحيح في جمل، لكن لا يزال عاجزا عن إدراك معانيها (Bushwick , 2000 ,64).

والأطفال التوحديون عند مضاهاتهم في العمر العقلي بالعاديين، فإنهم يتمكنون من التعرف على التعبيرات الوجهية المقننة للانفعالات مثل الغضب، والاشمئزاز، والسعادة، والسرور، والحزن، وتمكن التوحديين من التعرف على هذه الانفعالات على أساس مستوي دلالي وإدراكي.

وعلي الرغم من هذا فإن انفعالات أخرى مثل الدهشة، والخوف، والارتباك من الممكن ألا تفهم من خلال الأطفال التوحديين، لأن هذه الانفعالات تكون في الغالب مبنية على الأفكار والمعتقدات (Baron-Cohen , 1991).

ولقد لاحظ كانر (Kanner , 1943) القصور الاجتماعي العميق بين الأطفال التوحديين. وهو في الواقع هو وصف الاضطراب بأنّ الأطفال الذين يأتون إلى العالم

بعجز فطري على تشكيل ما هو عادي، ولكنهم بيولوجياً يكونون مزودين بالتواصل الانفعالي مع الآخرين، أما الأطفال الآخرون فإنهم يأتون إلى العالم وهم مزودون بعجز ذهني وبدني فطري.

وتشير نتائج دراسة ويكس وهوبسون (Weeks &Hobson , 1987) إلى أن هؤلاء الأطفال التوحديين لديهم صعوبات في الاستجابة للتعبيرات الوجهية، فعندما يُطلب منهم تصنيف الصور تبعاً للتعبيرات الوجهية للانفعال، فإنهم لا يمكنهم تسجيل درجات أيضاً مثل الأطفال المتخلفين عقلياً.

وتشير نتائج دراسة جيداكس وآخرين (Jaedickes et al., 1994) إلى أن الأطفال التوحديين لديهم قدرة على إعطاء أمثلة لفظية لانفعالات السرور والسعادة والحزن والخوف والقلق والغضب، عندما يتم مقارنتهم بأطفال عاديين. على الرغم من أن الأطفال التوحديين لا يكونون في الغالب مرتبطين بانفعالاتهم للسياق الطبيعي مثل العلاقات بين الأشخاص.

وفي الواقع فإن العديد من الأطفال التوحديين يتجاهلون التعبيرات الوجهية، ويختارون تصنيف الصور تبعاً لملامح خارجية. كما يظهرون صعوبات في الفهم الانفعالي، فإذا كان الطفل حزينا، وعندما يتم سؤاله عن ذلك، لماذا هو حزين تكون هناك صعوبة لديه في تفسير السبب وراء الحزن.

والأطفال التوحديون من الممكن أن يبنوا علاقات انفعالية مع أعضاء الأسرة، ومن الممكن أن يكونوا حساسين لحالاتهم الانفعالية على الرغم من أنهم يكونون أقل احتمالاً ومراقبة واستجابة للحالات الانفعالية لأشخاص غير مألوفين لهم (Sigman &Mundy , 1989)

والأطفال التوحديون أقل حساسية للانفعالات السلبية على سبيل المثال الكرب أو الغم، والخوف، وعدم الشعور بالارتياح (Sigman et al., 1992).

ومن الطبيعي أن يمر الأطفال بمرحلة المراهقة، فإن المراهقين العاديين يتمردون على آبائهم وأمهاتهم، ويكونون بعيدين عنهم وربما لفترات طويلة، أما التوحديون فالتغيرات لديهم لا تصل إلى هذه الدرجة، بل أنه من الممكن ألا يحصل مثل تلك

الـتغيرات نهائيـاً، وبعـض الأطفـال قـد يـشعرن بـبعض الكآبـة نتيجـة لملاحظـتهم الاختلافات بينهم وبين الأشخاص العاديين (فهد المغلوث، 1423، 111).

وأهم التفسيرات للصعوبات الـتي يبـديها الأفـراد التوحـديون في التعـبير عـن الانفعـالات تكـون الفـشل في نمـو أو تطـوير أو الاسـتخدام المقيـد للمخططـات الاجتماعية، فهم يفشلون في تطـوير المفـاهيم مثـل التـآزر، والتماسـك بالأشـخاص، ومشاعر وخبرات الآخرين، كما أن نمو المخططات الاجتماعية في الأفـراد التوحـديين من المكمن أن تُستخدم بأسلوب مقيد.واحدى التفسيرات لصعوبات القـراءة انفعاليـة للوجوه البشرية تكون في أنهم ينتبهون لمدى ضيق من الملامـح عنـدما يحكمـون علـى التأثير الوجهي.

الغيرة

الغيرة مزيج مـن الانفعـالات المختلفـة كـالخوف والغـضب والحقـد والـشعور بالنقص وحب التملك، وتسبب الغيرة كثيراً من مشاعر الصراع شديدة الخطورة على الجوانب الاجتماعية للفرد وهي تنطوي في جوهرها على كره شخصي لـشخص آخـر من أجل علاقة الاثنين بشخص ثالث أي تتكـون مـن ثلاثـة أشـخاص علـى مـسرح الأحداث النفسية: الشخص الذي يغـار، الـشخص الـذي يغـار عليـه أو مـن أجلـه، الشخص الذي يغار منه (نبيلة الشوربجي، 2007، 229-230).

تبدأ الغيرة في نهاية السنة الثانية أي بعد مـرور 18 شـهراً ويكـون محورهـا الأم وأشياؤها الخاصة، وفي مرحلة الطفولة المبكرة يشعر الطفل بـالغيرة نتيجـة لانـصراف الأم أو الأب عنه مؤقتاً وانشغالهم بأطفال الضيوف بدلاً منه (السر أحمد، 2009)

وتـشير (وفـاء الـشامي، 2004، 118) إلى أن تقـارير الوالـدين تتـضمن ضـيق الأطفال التوحديين كثيراً عندما تهتم أمهاتهم بأطفال غيرهم. وقد يعـبروا عـن ذلـك بسلوكيات غير لائقة من أجل أن يجلبوا انتباه أمهاتهم أو أشخاص آخرين كمعلميهم. ومن الأمور المنطقية أيضاً أن نستنتج أنـه بـسبب وجـود سـلوك التعلـق بـالغير لـدى الأشخاص التوحديين، وبسبب امتلاكهم لمشاعر عاطفية، فإن شعورهم بالغيرة عنـدما يتحول اهتمام شخص يحبونه إلى شخص آخر، أمر محتمل.

الغضب

يعرف الغضب بأنه انفعال يصدر عن الفرد حين التعرض إلى مواقف أو أحداث معينة، يتعرض فيها لإهانة أو لوم من شأنه أن يحط من قدره، له ردود أفعال فيزيولوجية، وأخرى جسمية. ولانفعال الغضب صفة الشدة والتكرار. ويتفاوت في مدى استمراريته من شخص إلى آخر (علاء الدين كفافي، مايسة النيال، 1997، 112).

ويعرف الغضب وفقاً لبيرني (Burney , 2001) على أنه" انفعال سلبي حاد يستند إلى تفسيرات معرفية وخبرات سابقة" ويعرفه إنرايت وفيتزجيبنس (Enright & Fitzgibbons, 2000, 15) على أنه" حالة داخلية تتضمن كلا من الأفكار والمشاعر، وحالة خارجية عندما يتم التعبير عنها لفظياً وسلوكياً" ويعرف باريو وآخرون (Barrio et al., 2004, 228) الغضب على أنه" حالة داخلية تنظم نوعاً من التفاعلات داخل البيئة، وإنها من الممكن أن تكون عابرة أو تفاعلية في ارتباطها مع الوضع القائم، وحالة الغضب أو النزعة إلى الغضب تتطور إلى انفعالات حادة ومتكررة" ويعرف سبيلبيرجر Spielberger , 1983 الغضب على أنه "حالة انفعالية تتكون من مشاعر تتباين في شدتها من الضيق والاستثارة البسيطة إلى التهيج والغيظ الشديدين، ويكون مصحوباً باستثارة في الجهاز العصبي المستقل(Spielberger, 1988 , 6).

ويؤدي الغضب إلى إعاقة الأداء المعرفي للفرد بطريقة مطردة، وكنتيجة للتعرض المتزايد للإساءة فإن المساء إليهم يزداد غضبهم ويقوى (Wiener, 1998) كما يؤدي إلى توتر العضلات وزيادة معدلات ضربات القلب، وإلى عرقلة العمل، وسلوك العدوان والعنف، كما أن الأفراد الذين يخفون غضبهم فإن معدلات الإساءة في علاقاتهم مع الآخرين تزداد (McCullough, 2000-A, 50) كما يمكن أن يكون مدمراً للصحة البدنية والنفسية للأفراد إذا استمر بشدة، وعندئذ تصبح عملية العفو أمراً بعيد المنال (Goertzen, 2002 , 12) كما أنه مهدد للقيم (Heitler, 1997).

اشكال الغضب

1. **الغضب الايجابي:** في هذه الحالة يظهر على الطفل الصراخ أو الرفس أو كسر الأشياء ودفع الأبواب أو إتلاف الأشياء أو الضرب أو الرجم بالحجارة والتهديد والتخريب أو العدوان، وعادة تظهر هذه الحالة لدى الأطفال الانبساطيين.

2. **الغضب السلبي:** وتبدو مظاهره في شكل انسحاب وانطواء مع كبت للمشاعر، حيث نرى الطفل يرفض الطعام أو الذهاب للمدرسة أو الخروج مع والديه، وتظهر هذه الحالة لدى الأطفال الانطوائيين. وهو وإن كان ظاهره الهدوء وعدم إظهار الانفعالات إلا أنه أكثر خطراً وضرراً بالطفل لأنه يسبب له الانفجار نتيجة لكبت انفعال الغضب، أو الانخراط في أحلام اليقظة وما إلى ذلك من حلول وهمية تجعل الطفل متوتراً وقلقاً (سمير بقيون، 2007، 28، محمد عبد المؤمن، 1986، 111).

أسباب الغضب

1. الغضب استعداد بيولوجي وفسيولوجي يفسر لنا الأساس العصبي للغضب، وأيضاً الأساس الهرموني خاصة هرمون الأدرينالين، فالأشخاص الذين لديهم تنشيط زائد للجهاز العصبي اللاإرادي وخاصة الجزء السمبتاوي منه هم أكثر غضباً، وكذلك الأشخاص الذين لديهم إفراز زائد لهرمون الأدرينالين (محمد سعفان، 2003،20).
2. فقدان الطفل للعبة التي يحبها أو تلفها أو كسرها أو إعطاؤها طفلا آخر دون موافقته أو غصباً عنه.
3. نقد الطفل ولومه أو إغاظته أمام أشخاص لهم مكانة عند الطفل أو يقدرونه أو أمام من هم في مثل سنه أو تحقيره أو الاستهزاء به.
4. كثرة استخدام أساليب المنع والتحريم والنواهي، والتدخل في أوقات كثيرة في حرية الطفل ونشاطه مع إلزامه بمعايير سلوكية لا تتفق مع عمره.
5. التدليل الزائد (تعويد الطفل على أن البيئة تستجيب دائماً لرغباته) أو القسوة الشديدة أو الشعور بظلم المحيطين به من آباء أو أخوة.
6. شعور الطفل بالإخفاق كالتأخر الدراسي أو عدم الفهم مثل الزملاء أو فشل ممارساته للتقرب من الوالدين (زكريا الشربيني، 2002، 112).
7. ترجع أسباب الغضب إلى إجبار الطفل على القيام بعمل ما هو لا يحبه، وتكليفه بأعمال تفوق طاقته ولومه عند التقصير (سمير بقيون، 2007، 29).

8. وينشأ الغضب إذا تم إعاقة الهدف المدرك ; Oatley &Johnson-Laird, 1996) Scherer, 2001 , 115) أو من خلال الضغوط الاجتماعية والظروف غير السارة، أو من خلال المثير الداخلي حيث الأفكار والانفعالات داخل الفرد (Deffenbacher, 1999, 259; Berkowitz, 2003) .

9. كما أن الألم والظروف البدنية غير السارة تستحث الغضب وانتهت نتائج دراسة ويبر (Weber, 2004, 197) إلى أن أهم أسباب حدوث الغضب لدى عينة تتألف من 1.400 فرد تكون في عزو اللوم، وتأثير شدة الأذى، أو من الأذى والاحباطات الناتجة عن الإساءات الموجهة من الإخوة أو الأقران، والأطفال المرفوضين من أقرانهم في المدرسة يشعرون بالوحدة والعزلة، وهذه المشاعر تؤجج الغضب والغيظ (Davis,2000,2004) .

10. كما أن غضب الآباء وثورتهم لأتفه الأسباب في وجه الطفل تؤدي إلى عصبية الأطفال وثورتهم وغضبهم أيضاً فالأطفال يتخذون من الآباء نماذج يقتدون بها في سلوكياتهم والتعبير عن انفعالاتهم بمعنى أن الأطفال يتعلمون عن طريق التقليد (طه عبد العظيم، 2007، 46).

تطور انفعال الغضب

مرحلة المهد

- الطفل حتى سن 15 شهراً يعبر عن غضبه بالصراخ والبكاء.
- في سن الثمانية عشر شهراً: يعبر الطفل عن غضبه برمي الأشياء أو يلقي بنفسه على الأرض، ويضرب الأشياء أو يركلها أو يتصارع احتجاجاً وتعبيراً عن الغضب.
- حتى سن الثانية من عمره: نجد الطفل يغضب ويثور إذا لم تحقق رغباته خصوصاً الفسيولوجية، أو إذا ترك وحيداً في الحجرة. أو إذا فشل في جذب انتباه من حوله ليلعبوا معه أو يهتموا به، ويثور عندما يغسل له وجهه أو أثناء الاستحمام، أو خلع الملابس، أو لرغبته في رفض رغبات معينة من والديه تتصل بذهابه إلى الفراش أو تناول الطعام، أو لاتباع عادات صحية تتصل بغسل يديه والتبول والتبرز وتمشيط الشعر (كلير فهيم، 1993، 53).

مرحلة الطفولة المبكرة

يتضح الغضب في تلك المرحلة من خلال ما يلي:

- يقل الغضب ما بين سنتين إلى خمس سنوات (واطسون، جرين، 2004، 385).
- غير محدد يمتاز بالعمومية والعشوائية.
- متذبذب وسريع الزوال.
- يكون لأسباب بدائية: كعدم تحقيق حاجيات الطفل، أو تكليفه بأعمال صعبة أو التدخل في شئونه أو انتقاده، أو مقارنته بالغير أو تفضيل آخرين عليه أو إهماله.

وعلى الرغم من أن اللغة في هذه المرحلة تحل محل المظاهر الحركية للتعبير عن الغضب وتصبح سلاحاً يستخدمه لذلك: فيسب أو يشتم أو يغيظ أو يتهكم أو يستهزئ من غيره، إلا أننا نلاحظ استمرار بعض المظاهر الصوتية للتعبير عن الغضب بالصراخ والبكاء أو مظاهر حركية: كالرفس والعض، والإلقاء بنفسه على الأرض، أو مظاهر عدائية كتحطيم الأشياء أو إتلاف الممتلكات (مفيد حواشين، زيدان حواشين، 1996، 36).

مرحلة الطفولة المتوسطة

تتضح نماذج غضب الأطفال في المدرسة من خلال:

- تتمثل نوبات الغضب عند الأطفال من 6-9 سنوات في الهياج، والعناد، والخمول، والشكوى من الشعور بالاضطهاد، والإجهاد، والتعب السريع (نبيلة الشوربجي، 2007، 247).
- طفل لا يريد أن يدخل الفصل، وكلما حاولت المعلمة إغراءه لا يكف عن البكاء.
- طفلة دائمة البكاء إذا لم تجلس في مكان معين، وهي تعتدي على كل من يجلس في هذا المكان من الأطفال.
- طفل نقل من مدرسة إلى مدرسة، ولذلك فهو يجلس على كرسي بعيداً عن الأطفال، ولا يكف عن البكاء.
- طفل يبكي إذا أخذت المعلمة كراسته فهو يخاف عليها.

- طفلة تبكي إذا تركتها مدرسة الفصل، وتصرخ بشدة عند غلق باب الفصل، وقد تبين أنها تركت يوماً كاملاً في المدرسة.

مرحلة المراهقة

يأخذ الغضب شكلاً اجتماعياً. فالمراهق لا يغضب مباشرة، ولكن يستمر غضبه مدة أطول، غير أن مرات حدوثه تكون أقل. فالمراهق أكثر اتزاناً من الطفل ويكون تعبيره عن الغضب بالخروج من المنزل أو التعبير بألفاظ باطنها الوعيد، والتهديد أو العبوس والغيظ الشديد، وقد ينكص إلى تعبيرات طفلية بحركات عصبية أو البكاء الشديد، وينتج الغضب من سخرية ومضايقة الزملاء أو تحكم الكبار أو الإحساس بالظلم والحرمان (مفيد حواشين، زيدان حواشين، 1996، 37).

ويظهر الغضب بوضوح عندما يؤنب المراهق أو ينتقد أو يُقدم له النصح بكثرة أو عندما ننكر حقه في التعبير عن آرائه، أو مشاركته في قضايا أسرته أو عند تعدي الآخرين على ما هو ملك له. ومن صور التعبير عن الغضب التبرم أو الهجوم الكلامي واليدوي (محمود عطا ، 1419، 394-395).

تطور الغضب لدى الأفراد التوحديين

- من الملامح المميزة للأطفال التوحديين الصراخ والبكاء كاستجابة للانزعاج أو الإحباط، وفي بعض الحالات قد تتجه نوبات الغضب هذه إلى سلوك عدواني نحو الآخرين، وهذه السلوكيات تتداخل مع التفاعل الاجتماعي المناسب وتساهم في إحداث صراعات بين هؤلاء الأطفال (إبراهيم الزريقات، 2004، 40).
- بعض الأسر التي لديها طفل توحدي يشتكون أنه كثير الغضب ويمارس العنف ضد إخوته وأخواته في البيت، ويرجع ذلك إلى أن الطفل لم يحقق رغباته من قبل الأسرة. والأسرة في نفس الوقت لا تفهم ماذا يريد أو ماذا يفعل من خلال السلوكيات التي قد تكون غير مفهومه بالنسبة لأخواته، فمثلاً عندما يريد طفل توحدي ليست لديه لغة اللعب مع أخيه فقد يقوم بدفعه بيديه فيعتقد الأخ أنها عنف وهو ليس عنفا بالمعنى المفهوم بل هو طريقة يريد التوحدي أن يتواصل مع أخيه بها.

- يمضي الطفل التوحدي ساعات طويلة مستغرقاً في أداء حركاته النمطية أو منطوياً على ذاته لا يكاد يشعر بما حوله، وإذا حاول أحد إيقافه عن الاستمرار في هذه الحركات أو اقتحام عزلته لإرغامه على الخروج منها فإنه يثور ويغضب كالثور الهائج، ويصدر سلوكاً عدوانياً موجها نحو الشخص الذي حاول تغيير وضعه سواء أكان أحد أفراد أسرته أو أحد أصدقاء الأسرة أو الإخصائي القائم بتدريبه، ويستمر هذا السلوك فترة حتى يتمكن المسئول من إيقاف هذه الثورة (عثمان فراج، 1994، 5-6).

الشعور بالذنب

الأشخاص التوحديون يعانون صعوبة في تعلم القواعد الاجتماعية للمجتمع، وحيث إنهم يعانون في أكثر الأحيان من التأخر الذهني، فإنهم قلما يظهرون شعوراً بالذنب أو خجلاً، فهم لا يفهمون سبباً لأهمية اتباعهم لقواعد المجتمع لكي يقبلهم الناس. فقد يشاهدون وهم يخلعون ملابسهم أمام الناس، أو يمارسون العادة السرية، أو يقهقهون، أو ينفجرون في نوبة غضب، أو يأخذون طعاماً من صحون غيرهم، وإن درجة الافتقار إلى هذه المشاعر ستختلف من شخص توحدي إلى آخر (وفاء الشامي، 2004، 115).

اضطرابات القلق Anxiety Disorders

مقدمة

يسمى العصر الحالي بعصر القلق، فالقلق أصبح هو السمة السائدة لدى الأطفال والكبار والشيوخ فنحن جميعا قلقون. والقلق من أكثر الاضطرابات الانفعالية انتشاراً في مرحلة الطفولة المبكرة بحيث يمكن القول بأنه "عصاب الطفولة" ففي معظم حالات الاضطراب لدى الأطفال تجد أن الطفل يعاني من القلق. ويُعتبر سمة رئيسية ففي معظم الاضطرابات، نجده بين الأسوياء في مواقف الأزمات، كما نجده مصاحباً لكل الأعراض العصابية والذهانية على السواء(عبد الستار إبراهيم، 1994، 23 -24).

والقلق خبرة إنسانية لها قيمة بقائية، حيث يعمل كنظام تحذيري يساعد الفرد على تعبئة طاقته لمواجهة أية أخطار في الواقع الخارجي مما يعني أن المستويات المعقولة

من القلق لها قيمة بقائية ووقائية تقي الطفل وتحميه من الخطر، بينما المستويات المرتفعة من القلق تؤدي إلى توقع مستمر للخطر والشر مما يؤدي إلى خلل معرفي وانفعالي كما أن المستويات المنخفضة من القلق ترتبط بالتبلد واللامبالاة لدى الطفل مما يعني الفشل في الدراسة والحياة (عماد مخيمر، هبه محمد، 2006، 135).

تعريف القلق

من البديهي أن تتباين وجهات النظر التي تناولت مفهوم القلق إلى حد كبير، نظراً لكونه مفهوماً معقد التركيب، وهو عرض جوهري مشترك في الاضطرابات النفسية، بل في أمراض عضوية شتى، ومن الممكن أن نعدد وجهات النظر التالية التي تناولت مفهوم القلق على النحو التالي:

يعرفه (فرويد، 1983، 13) على أنه "حالة من الخوف الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له كثيراً من الكدر والضيق والألم".

ويعرف (سبيلبيرجر وآخرون،1992،6) القلق بأنه "انفعال غير سار وشعور مكدر بتهديد أو هم مقيم، وعدم راحة أو استقرار مع الإحساس بالتوتر الشديد، وخوف دائم لا مبرر موضوعي له، وغالباً ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول، مع استجابة مسرفة لمواقف لا تتضمن خطراً حقيقياً، والاستجابة لمواقف الحياة العادية كما لو كانت ضرورات ملحة أو طوارئ".

ويعرف (أحمد عبد الخالق، 1994) القلق بأنه "شعور عام بالخشية أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع أو تهديداً غير معلوم المصدر، مع شعور بالتوتر والشر، وخوف لا مسوغ له من الناحية الموضوعية، وغالباً ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة مبالغاً فيها لمواقف لا تمثل خطراً حقيقياً، وقد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية، لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالباً كما لو كانت تمثل خطر ملحاً أو مواقف تصعب مواجهتها".

ويعرف (حامد زهران، 1997، 484) القلق على أنه توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبه خوف غامض، وأعراض نفسية جسمية.

ويعرف (أحمد عكاشة، 2003) القلق بأنه شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات متكررة، مثل الشعور بالفراغ في المعدة أو السحبة في الصدر، أو الضيق في التنفس، أو الشعور بنبضات القلب أو الصراع، أو كثرة الحركة... الخ.

وبناء على ما سبق يمكن تعريف القلق على أنه "خبرة وجدانية غير سارة يمكن وصفها بأنها حالة من التوتر والضيق والكدر والترقب وعدم الاستقرار، وتصاحبها أعراض جسمية متباينة"

تصنيفات القلق

يمكن تصنيف القلق إلى ما يلي:

1. القلق الموضوعي: هو خبرة انفعالية مؤلمة تنتج عن إدراك مصدر خطر في البيئة التي يعيش فيها الفرد، وهناك وجود موضوعي لمصدر هذا الخطر مما يثير القلق (فرويد، 1983، 12).
2. القلق العصابي: ينشأ القلق العصابي نتيجة الشعور بعدم الأمن الصادر من مواقف بيئية ضاغطة بصورة خفيفة أو حتى آمنة أحياناً، ويرى الفرد العصابي الموقف الخارجي أكثر خطورة مما هو عليه بالفعل ذلك لأنه يهدد الدفاع العصابي الذي يحميه (كوفيل وآخرون، 1986، 157).
3. حالة القلق وسمة القلق: يقسم سبيلبيرجر وآخرون القلق إلى حالة القلق وسمة القلق.
4. يصنف القلق إلى القلق العام الذي لا يرتبط بأي موضوع محدد بل نجد القلق غامضاً وعائماً وغائماً، والقلق الثانوي الذي يوجد كعرض من أعراض الاضطرابات النفسية الأخرى (حيث يُعتبر القلق عرضاً مشتركاً في جميع الأمراض النفسية تقريباً (حامد زهران، 1997، 485).
5. يصنف القلق وفقاً لتصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV) إلى اضطرابات الهلع، الأجورافوبيا (الخوف من

الأماكن العامة)، المخاوف المرضية النوعية، الخوف الاجتماعي، اضطراب القلق المعمم، الاضطراب الوسواسي القهري.

تصنيف اضطرابات القلق وفقاً لتصنيف DSM-IV

1. اضطرابات الفزع أو الهلع Panic

يعد اضطراب الهلع أحد اضطرابات القلق، والأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع يخبرون نوبات فجائية من الخوف الشديد تستمر بضع دقائق وأحياناً تصل إلى ساعات، ويشعر هؤلاء الأفراد بصعوبة في التنفس، والغثيان الشديد، والدوخة وتصبب العرق، وألم بالصدر، والقلق الشديد من الموت كما قد يصطحب الذعر حالة من الاكتئاب (صلاح الداهري، 2005، 338).

معدلات انتشار اضطرابات الهلع

تبلغ نسبة انتشار اضطرابات الهلع على مدار الحياة ما بين 1٪ إلى 5٪ (Grant et al., 2006)، وتبلغ معدلات انتشار هذا الاضطراب في الدراسات الحديثة ما بين 1.4 إلى 20.5٪ (Birchall et al., 2000 , 235).

وترتفع معدلات انتشار هذا الاضطراب في الإناث ضعفين أو ثلاثة أضعاف انتشاره في الذكور، والفروقات في معدلات الانتشار بين السلالات تكون محدودة، ويزداد في المطلقين أو المنفصلين وينمو بصورة شائعة في الراشدين صغار السن (Sadock &Sadock , 2003 , 599).

المحكات التشخيصية لنوبات الهلع

1. خفقان القلب، والعرق، والرعشة.
2. صعوبة التنفس، والإحساس بالاختناق، وألم الصدر.
3. الغثيان، واضطراب الهضم، والإحساس بالدوخة.
4. الصداع، والخوف من الموت حيث يعتقد المريض أن تلك النوبة ليست إلا أعراض الموت (سمير بقيون، 2007، 69).

ولكي يكون التشخيص أكيداً، يجب أن تحدث عدة نوبات شديدة (3-4) نوبات من قلق الجهاز العصبي المستقل في خلال شهر:

1. في ظروف تخلو من خطر موضوعي.
2. لا يجوز أن تقتصر النوبات على مواقف معروفة أو قابلة للتنبؤ بها.
3. يجب أن توجد فترات خالية نسبياً من القلق بين النوبات (وإن كان القلق التوقعي شائعاً) (أحمد عكاشة، 2003).

أسباب اضطرابات الهلع

1. الوراثة: لوحظ أن حوالي (15-75٪) من أقارب مرضى اضطراب الهلع من الدرجة الاولى يصابون بالمرض، وأن معدل إصابة التوائم المتماثلة هو (80-90٪) (عبد الكريم الحجاوي، 2004، 272).
2. وجود ميكانزمات محددة لنشاط المخ تم التعرف عليها في مرضي الهلع، حيث وجد باستخدام المسح بانبعاث البوزترون(بأشعة جاما) وجود فروقات بين نشاط المخ لدى المرضى الذين تم حقنهم بلاكتيتات الصوديوم والذين لم يتم حقنهم (محمد السيد، 2000- أ، 237).
3. ردود فعل اضطرابات الهلع تعرف فقط من خلال الأفراد الذين يسيئون التفسير ويكون رد فعلهم شديدا للأحداث الفسيولوجية، وسوء التفسير من قبل الفرد لإحساساته الجسمية العادية على أنها تمثل أذى لهم (داڤيد شيهان، 1988، 51).
4. الإهمال: يشعر الأطفال عادة بأنهم غير آمنين عندما لا تكون هناك حدود واضحة ومحدودة، والنقد: إن النقد الموجه من الرفاق والراشدين يجعلهم يشعرون بالقلق والتوتر (شيفر وملمان، 2006، 85-87).

2. الأجورافوبيا Agoraphobia

الأجورافوبيا (الخوف من الأماكن العامة، أو الخلاء، أو الأماكن المتسعة) هو عبارة عن مخاوف من مغادرة المنزل أو الدخول في المحال أو الزحام أو الأماكن العامة أو السفر وحيداً في القطارات أو الأتوبيسات أو الطائرات، ويكون اضطراب الهلع سمة متكررة الحدوث في النوبات الحالية والماضية، ولذا فهو أشد اضطرابات الخواف إعاقة، حيث إن بعض الأشخاص يظلون حبيسي المنزل تماماً (أحمد عكاشة، 2003).

يدعي المرضى في العادة بأنهم مصابون بالمخاوف المرضية من الأماكن العامة عندما يكتسبون عدداً كبيراً من المخاوف المرضية، ويكونون رهائن البيت، ويرجع أصل كلمة أجوارفوبيا إلى كلمة إغريقية هي أجور Agora وتعني الخوف من السوق أو مكان التجمع (دافيد شيهان، 1988، 76).

معدلات انتشار الأجورافوبيا

يعاني ما بين 2.7-5.8٪ من الراشدين من هذا الاضطراب، حيث إن بدايته غالباً ما تكون في العقد الثالث أو الرابع من العمر، كما أن النساء أكثر عرضة للإصابة به من الرجال (محمد السيد، 2000-أ، 243).

أسباب حدوث الأجورافوبيا

تسري الأجورافوبيا في أسر معينة، وخاصة بين أقارب المرضى من الإناث، وقد وصلت نسبة مخاطر هذا الاضطراب إلى 32٪ من أقارب الدرجة الاولى كالأبوين في حين كانت 15 ٪ بين الأفراد من مجموعات ضابطة غير مصابة بالقلق (محمد السيد، 2000-أ، 244).

ويفسر الخوف من الأماكن العامة لتجمع الناس بأنه خوف من الاعتماد على النفس أو الاستقلالية، ومن أن يفكر الشخص لنفسه ويعيش حياة اجتماعية يلتقي فيها بالآخرين تكون له بهم علاقات فيها، والمنافسة والخصام، والمساومة وهي من أمور الحياة اليومية (عبد المنعم الحفني، 1995، 542-543).

معايير تشخيص خواف الأماكن الواسعة وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

1. وجود كل من 1، 2.

أ. نوبات ذعر غير متوقعة متواترة.

ب. حدوث نوبة واحدة على الأقل على مدار شهر أو أكثر، وتكون متبوعة بواحدة أو أكثر من الأعراض التالية.

- اهتمام دائم بالنسبة لحدوث نوبات إضافية.
- الانزعاج على ما يتبع النوبة من عواقب (مثل: فقدان التحكم بالإصابة بنوبة قلبية، أو الوصول إلى الجنون).

- تغير جوهري في السلوك المرتبط بالنوبة.

2. غياب الخوف المرضي من الأماكن المفتوحة أو الواسعة.
3. لا ترجع نوبات الذعر إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمواد المؤثرة نفسياً (مثل: سوء استخدام العقاقير، أو العلاج بالأدوية النفسية) أو بسبب حالات طبية عامة (مثل زيادة إفراز الغدة الدرقية) (DSM-IV , 1994).

3. مخاوف مرضية محددة Specific Phobias

تحدث المخاوف المرضية المحددة والتجنب في استجابة للتعرض لمواقف أو موضوعات محددة، والمخاوف المرضية تتضمن الخوف من: الحيوانات، والعواصف، والكباري، والتقيؤ، أو الخوف من الأماكن المرتفعة، والخوف من الرعد، والظلام، والطيران، والأماكن المغلقة، والمراحيض العامة، ومنظر الدم، والخوف من السير في الأنفاق ، والأصوات المرتفعة.

والأطفال العاديون في عمر سنة أو سنتين يخافون من الانفصال عن الوالدين، والخوف من الجروح والغرباء والأصوات المرتفعة والحيوانات والغرف المظلمة والبيئات الجديدة.(Morris & Kratochwill , 1983, 1998)

معدلات انتشار المخاوف المرضية المحددة

الأولاد والبنات تكون مخاوفهم متساوية وعلى الأقل نصف الأطفال عندهم مخاوف عامة مثل الخوف من الكلاب والظلام والرعد والأشباح، بينما 10٪ من الأطفال عندهم مخاوف خطيرة وإن المخاوف مألوفة عند الأطفال في سن (2–6) سنوات وبين سن (2–4) سنوات يخافون من الحيوانات والعواصف والظلام والغرباء (شيفر، ملمان، 2006، 92).

أسباب حدوث المخاوف المرضية المحددة

يتوفر عدد من الاتجاهات والنماذج التي تفسر نشأة المخاوف على النحو التالي:

1. الاتجاه الحيوي في تفسير المخاوف: يفسر سيلجمان (Seligman , 1971) المخاوف على أنها استعداد وراثي Preparedness، فالكائنات العضوية لديها استعداد أو

تهيؤ وراثي لنشوء وتطوير بعض المخاوف بحيث تكون أكثر تأهباً للاستجابة لها بالمقارنة مع الآخرين.

2. اتجاه أصحاب نظرية التعلم:

أ. نظرية الاشراط الكلاسيكي: أجرى واطسن مؤسس السلوكية ورينر Watson & Rayner دراسة للخوف على الطفل ألبرت، كان ألبرت في شهره الحادي عشر عندما قام العالمان السلوكيان واطسون وراينر بتعريضه لفأر أبيض، لم تثر رؤية الفأر في البداية أية مشاعر بالقلق أو الخوف لدى ألبرت إلى أن قام العالمان بتقريب الفأر حتى يصبح في متناول ألبرت الذي مد يده اليسرى ليلمس الفأر ببراءة، وفي هذه اللحظة أطلق المجربون صوتاً عالياً حاداً من خلف رأس ألبرت عندها قفز الطفل فزعاً مشيحاً برأسه وجسمه كله عن الفأر، تكرر هذا الإجراء، وبمرور الوقت تحول مشهد الفأر المحايد إلى مصدر للخوف الشديد عند الطفل، وبعد سبع مرات من تعريض الفأر مقروناً بهذا الفزع بدأ البرت يصرخ وعمم خوفه نحو كل الأشياء ذات الفراء كالأرانب(عبد الستار إبراهيم، 1980، 77).

ب. نظرية التعلم بالملاحظة: يعتقد عالم السلوك ألبرت بندورا أنه يمكن التعلم مباشرة من خلال ملاحظة الآخرين أو ما يسمى التعلم بالنيابة أو العوض (لندا.دافيدوف، 1997، 238).

ج. النظرية المعرفية: للنظرية المعرفية دور هام في تفسير السلوك الفوبي، والتي تم صياغتها من خلال المعالجين السلوكيين المعرفيين، والعديد من الدراسات التي أجريت على اختبار هذه النظرية أشارت في مجملها إلى أخطاء في التفكير مثل تكوين الاتجاهات السلبية للذات، والمعتقدات اللاعقلانية، وفي ضوء هذه الرؤية تسبق الأفكار الخاطئة السلوك الفوبي (Emmelkamp, 1985 , 351).

د. النموذج الثقافي الاجتماعي: النقد والتوبيخ الزائد ربما يقود الأطفال إلى الشعور بالخوف، ويشعر الأطفال بأنهم لا يمكن أن يعملوا شيئاً بشكل صحيح

ويبدون بأنهم يتوقعون النقد ولذلك فإنهم يخافون ويتذللون، وإن التهديد المستمر على الأخطاء يقود إلى الخوف والقلق (شيفر، مليمان، 2006،96).

4. الخواف الاجتماعي Social Phobia

هو الخوف الشديد والمستمر في المواقف الاجتماعية التي لا تثير الخجل لدى الآخرين، ويحدث للمريض الارتباك والشعور بالإحراج من تلك المواقف التي تحدث أمام الآخرين أو مقابلة شخص ذي مسئوليات أعلى أو الأكل والشرب أمام الآخرين أو عند إقامة الصلاة أو إلقاء درس، ويتركز الخوف في الشعور بمراقبة الآخرين، وتصل نسبة احتمال الإصابة بالخوف الاجتماعي إلى 13٪ من الناس (سمير بقيون، 2007، 69).

معدلات انتشار الخواف الاجتماعي

ينتشر هذا الخواف بين(3٪ -5٪) من عامة الناس، ويستوي فيه الذكور والإناث، ويبدأ في مرحلة الطفولة المتأخرة والمراهقة المبكرة، وقد يصبح في بعض الحالات مزمناً (عبد الكريم الحجاوي، 2004،277).

أسباب الخواف الاجتماعية

تلعب العوامل الوراثية دوراً معتدلاً في نمو المخاوف المرضية الاجتماعية في كل من الأطفال والراشدين، وهؤلاء المرضى لديهم حساسية غير عادية للنقد، وتقويم منخفض للذات.

ويفسر فرويد في نظريته للتحليل النفسي الخواف الاجتماعي بأنه يعود إلى استخدامات دفاعات الأنا ضد الحوافز الأوديبية المحرمة، وخوف الخصاء بواسطة النقل والتجنب. أما النظرية السلوكية فتفسره بأنه يعود إلى خوف حقيقي حدث في الماضي نشأ عن مثير مخيف فعلاً، وصاحب هذا الموقف مثير آخر غير مخيف، وبتكرار هذه المصاحبة لعدة مرات تم ترابط المثيرين معاً، فأصبح ما يثيره أحدهما يثيره الآخر، ثم أصبح المثير غير المخيف وحده مرتبطاً بالخوف وباعثاً له بعد ذلك (عبد الكريم الحجاوي، 2004،227).

وقد ترجع إلى الحماية الزائدة أو الطلاق، والاضطرابات النفسية الوالدية، وانهيار الزواج، والصراع الأسري، والإساءة الجنسية.

معايير تشخيص الخواف الاجتماعي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

1. الخوف الدائم والواضح من موقف أو أكثر من المواقف التي تتطلب الآراء في جماعة حيث يخاف الفرد من أن يتصرف بطريقة تجعله حرجاً ومرتكباً أمام الآخرين، مع ملاحظة أنه مع الأطفال قد توجد هذه الأعراض حسب تطور علاقة الأطفال بأقرانهم الآخرين.
2. التعرض لأي موقف اجتماعي يثير لدى الشخص القلق على نحو محدد وثابت تقريباً والذي يتبدى في شكل أو أكثر من أشكال نوبات الذعر مع ملاحظة أن الأطفال قد يعبرون عن خوافهم بالغضب أو تجنب المواقف التي تستثير لهم وفيهم هذه المشاعر المؤلفة.
3. في الغالب يدرك الشخص أنه خوف غير متناسب مع المواقف التي تحدث.
4. يتم تجنب المواقف الاجتماعية التي يخاف منها الفرد والتي تكون دائماً مليئة بالقلق أو الآسى على النفس.
5. يتعارض التجنب أو توقع القلق أو الأسى مع المواقف الاجتماعية أو الأداء المهني للفرد وعلاقاته الاجتماعية.
6. إذا كان الفرد أقل من (18) سنة فيجب أن نتبع ظهور عرض أو أكثر من أعراض الخواف لمدة 6 أشهر على الأقل (DSM-IV, 1994).

5. اضطراب القلق المعمم Generalized Anxiety Disorder

تعريف القلق المعمم

يعرف القلق المعمم على أنه "التوتر وانشغال البال لأحداث عديدة لأغلب اليوم، ولمدة لا تقل عن ستة أشهر ويكون مصحوباً بأعراض جسمية كتوتر العضلات، والشعور بعدم الطمأنينة، وعدم الاستقرار، وبضعف التركيز، والشعور بالإعياء وهذه الأحاسيس كثيراً ما تؤثر على حياة المريض الأسرية والاجتماعية والعملية" (سمير بقيون، 2007، 71).

معدلات انتشار اضطرابات القلق المعمم

يصيب هذا الاضطراب الأشخاص في جميع الأعمار، ولكنه يظهر بشكل واضح في العشرينات والثلاثينات من العمر، وينتشر بشكل كبير حيث تصل نسبة انتشاره إلى (2-5٪) من الناس كافة (عبد الكريم الحجاوي، 2004، 227).

أسباب اضطرابات القلق المعمم

1. تلعب العوامل الجينية Genetic Factors دوراً في حدوث القلق المعمم فقد وُجد هذا الاضطراب في الأقارب من الدرجة الأولى (Hettema et al., 2001).
2. المنظور الاجتماعي الثقافي The Sociocultural Perspective طبقاً للنظريات الثقافية الاجتماعية فإن اضطراب القلق المعمم يكون أكثر احتمالاً أن يتطور في الأفراد الذين يواجهون بضغوط مجتمعية، والمواقف التي تنذر بخطر حقيقي، وأن الأفراد في البيئات المهددة يكونون أكثر احتمالاً أن يطوروا التوتر والقلق.
3. أحداث الحياة السلبية المبكرة Early Life Events ترتبط اضطرابات القلق المعمم بالتعلق غير الآمن بين الطفل ووالديه في مرحلة الطفولة، وخبرات الطفولة الصدمية تكون لها تأثيرات كبيرة على الأداء السلوكي والنفسي، وكذلك حالات الانفصال الوالدي، ونقص فرص التفاعلات الاجتماعية (Safren et al., 2002).

أعراض القلق المعمم

تتمثل أعراض التوتر الحركي في توتر العضلات، وعدم الاستقرار، أعراض زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل ويشمل: سرعة نبضات القلب، تضيق التنفس، جفاف الفم وصعوبة البلع، الدوخة أو الدوار، الشعور بالغثيان، سخونة الوجه واحمراره، تعرق الكفين أو برودة الأطراف، أعراض الخوف والحذر وتشمل: توقع الشخص حدوث مكروه وأنه على حافة الهاوية، صعوبة التركيز، الأرق في بداية النوم، سرعة الاستثارة (عبد الكريم الحجاوي، 2004، 289 -290).

6. الاضطراب الوسواسي القهري Obsessive Compulsive Disorder

الوسواس والقهر عبارة عن اضطراب عصابي يتميز بالآتي:

- وجود وساوس في هيئة أفكار أو اندفاعات أو مخاوف.

- وجود (أعراض) ظهرت في هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية.
- يقين المريض بتفاهة هذه الوسواس أو لا معقوليتها، وعلمه الأكيد أنها لا تستحق منه هذا الاهتمام.
- محاولة المريض المستمرة لمقاومة هذه الوساوس، وعدم الاستسلام لها ولكن مع طول مدة المرض قد تضعف درجة المقاومة.
- إحساس المريض بسيطرة هذه الوساوس أو قوتها القهرية عليه مما يترتب عليه شلله الاجتماعي والأم نفسيه وعقليه شديدة (أحمد عكاشة،2003).

أسباب الاضطراب الوسواسي القهري

- الأسباب الوراثية: شيوع هذا الاضطراب لدى التوائم المتماثلة أكثر منه لدى التوائم غير المتماثلة، ويعكس ذلك الدور الهام الذي تلعبه الوراثة في حدوث الاضطراب الوسواسي القهري (حسين فايد،2003، 81).
- الأسباب الفسيولوجية: هناك نظرية فسيولوجية كاملة تفسر الاضطراب الوسواسي القهري، وتذهب إلى أن العصاب القهري تسببه بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ، وتسبب هذه البؤرة حسب مكانها في اللحاء فكرة أو حركة أو اندفاعاً، وتستمر هذه البؤرة الكهربائية في نشاطها رغم محاولة الفرد مقاومتها. ولكن المريض يظل على بينة من خطأ هذه الفكرة، وذلك لأن هذه البؤرة تتصل بالبؤر الأخرى في المخ، وهذه الأخيرة تساعد في مقاومة الفكرة الخاطئة وهو ما لا يحدث في مرض الضلال الهذاء حيث تنفصل البؤرة المخية عن البؤر الأخرى، وبالتالي لا تجد ما يقاومها. ولذا نجد أن المريض بالضلال يؤمن بصحة أفكاره، وهو الفرق الأساسي بين العصاب القهري والعصاب الضلالي (علاء الدين كفافي، 2005، 128).
- الأسباب النفسية

أ. نظرية التحليل النفسي: لقد وصف فرويد ثلاث حيل دفاعية للأنا تحدد شكل وكيفية حدوث الاضطراب الوسواسي القهري هي: العزل الذي يحدث من أجل حماية الشخص من القلق من تأثير حوافز غريزية معينة، الإبطال الذي

يرجع إلى التهديد الدائم بأن هذه الحوافز قد يفشل كبتها عن طريق خط الدفاع الأول، وهو العزل وتصبح طليقة فيواجه الشخص القلق، ولذلك يتكون خط الدفاع الثاني الذي يحاول إبطال هذه الحوافز الغريزية عن طريق الوسواس، التكوين العكسي الذي يكون دوره في تحديد نمط سلوك الشخص الظاهر والمواقف التي يعيها الشخص، والتي تعكس تماماً الحوافز الغريزية الكامنة خلفها(عبد الكريم الحجاوي، 2004،283).

وعندما يصدر عن الوالدين ضد الطفل عقاب شديد على ذلك وعندما يكون هذا التدريب مبكراً جداً، أو عندما يدرك الطفل خبرة هذا التدريب على أنه محبط جداً فإن ذلك يؤدي إلى الاضطراب الوسواسي القهري (أحمد عبد الخالق، 2002، 273- 278).

ب. النظرية السلوكية: ينظر أصحاب المدرسة السلوكية للاضطراب الوسواسي القهري على أنه سلوك متعلم تم دعمه عن طريق المخرجات أو النتائج التي تؤدي إليها إحدى هذه النتائج وهو خفض القلق، والخوف ومن ثم فإن اكتشاف ذلك بالنسبة للفرد يؤدي به إلى تكرار نفس السلوك (وائل أبو هندي، 2003، 144).

ج. النظرية المعرفية: عندما يدرك المرضى بالاضطراب الوسواسي القهري مواقف يحتمل أن تنجم عنها عواقب غير مرغوبة أو مؤذية فإنهم يزيدون من تقرير احتمال حدوث العواقب المضرة، وإن هذه التوقعات المرتفعة جداً لدى الوسواسيين القهريين بحدوث العواقب غير السارة يجعلهم يزيدون من احتمال (توقعاتهم) لحدوث نتائج سلبية لمختلف الأفعال (أحمد عبد الخالق، 2002، 290- 295).

معايير تشخيص الاضطراب الوسواسي القهري

1. مظاهر الاغتسال والتنظيف Washing & cleaning تجنب لمس أشياء معينة نتيجة لإمكانية تلوثها، صعوبة التقاط شيء سقط على الأرض، تنظيف المنزل بشكل زائد عن الحد، أخذ حمام مدة طويلة جداً، الانشغال الزائد بالجراثيم والمرض.

2. مظـاهر المراجعـة والتكـرار Checking، المراجعـة بـشكل متكـرر للتأكـد مـن أن الأشياء قد أنجزت بالصورة المثاليـة (أو كمـا أنزلـت)، صـعوبة في إنجـاز الأشـياء بسبب التكرار والمعاودة، تكرار الأفعال حتى تمنع حـدوث أمـر سـيء، الانـشغال الشديد خوفاً من الوقوع في الخطأ (تقدير البلاء قبل وقوعه).
3. مظاهر الترتيب Ordering أن توضع الأشياء في ترتيب معين، قضاء وقـت طويـل للتأكـد مـن أن الأشـياء موضـوعة في مكانهـا الـصحيح، يكـون الفـرد في غايـة الاضطراب (الهلع) إذا رتبت الأشياء بواسطة الآخرين، أو وجود خلل في الترتيب ليس كما رتبه هو.
4. مظاهر التخزين Hoarding صعوبة اتخاذ قـرارات متـصلة بـالتخلص مـن بعـض الأشياء، جلب أشياء يبدو أنها عديمة النفـع إلى المنـزل، يـصبح لديـه مكتبـة علـى سبيل المثال أقرب إلى المخزن حيث يحتفظ حتى بفاتورة شراء كتـاب معـين، وكـذا كافة الفواتير، يكره أن يلمس الآخرون ممتلكاته، يجد نفسه في موقف لا يحسد عليه إذا طلب منه أن يتخلص من بعض الأشياء التي لا قيمة لها.
5. مظاهر طقوس التفكيرThinking Rituals تكرار كلمات أو أعداد معينة في ذهـن الشخص، قضاء وقت طويل في الأنشطة (الحمام – الوضوء – الصلاة – تـسابيح ما بعد الصلاة...الخ)، مراجعة كافة الأشياء بنفسه يتأكد من أن كل الأمـور علـى ما يرام، تكوين قوائم عقلية لمنع عواقب غير سارة (أحمد عبد الخالق، 2002، 91، 98).

أعراض اضطرابات القلق

الأعراض الجسمية التي تتمثل في الشعور بالتعب والـصداع، وتـوتر العـضلات ونقص الطاقة والحيوية وتصبب العرق البـارد حتـى في الـشتاء، وصـعوبات التـنفس، والارتعاش في الأيدي وأحياناً ما يصاب الشخص القلـق بـالقيء والغثيـان والـدوار، كما يشعر أحياناً بعسر الهضم وبالاضـطرابات في النـوم، فهـو لا ينـام بـسهولة، وقـد يعاني من الكوابيس عند النوم وغيرها من الأعراض، أما الأعراض النفسية فتكمن في

سهولة الاستثارة، والعصبية الزائدة، والشعور بعدم الاستقرار والشك والارتياب والتشاؤم فيما يتعلق بالمستقبل(علاء الدين كفافي، 2005، 199- 200).

أسباب اضطرابات القلق

1. يحدث القلق بسبب الاستعداد الوراثي في بعض الحالات: فقد وجد نويزا وآخرون Noyes, et al., 1987 نسبة تكرار عالية لاضطراب القلق بين الأفراد الذين تربطهم معاملة قرابة، وتوضح الأبحاث التي تمت على التوائم المتماثلة الذين ينحدرون من آباء لديهم قلق ارتفاع نسبة القلق لدى التوأم المتماثلة بما يوحي بفكرة تأثير هذا الاضطراب بالعوامل الوراثية (محمد السيد، 2000 -أ، 261).

وقد تختلط العوامل الوراثية بالعامل البيئي، والاستعداد النفسي، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، والتوتر النفسي الشديد، والأزمات أو المتاعب أو الخسائر المفاجئة والصدمات النفسية، والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه، والمخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة، والشعور بالعجز والنقص، وتعود الكبت بدلاً من التقدير الواعي لظروف الحياة، والتعرض للحوادث والخبرات الحادة، والطرق الخاطئة في تنشئة الطفل مثل القسوة والتسلط والحماية الزائدة والحرمان (حامد زهران، 1997، 485-486).

2. العوامل البيولوجية: زيادة نشاط الجهاز العصبي الذاتي ولاسيما الشق السيمبثاوي، زيادة إطلاق مواد الكاتيكول أميدي Catecholammines في الدم، ارتفاع نسبة نواتج أيضى النور أدرينالين، انخفاض تركيز حامضي (جاما بيوتيرك) مما يؤدي إلى زيادة نشاط الجهاز العصبي المركزي، ازدياد ناقل السيروتونين العصبي بسبب القلق، وازدياد نشاط الدوبامين المرتبط بالقلق، ظهور بؤرة نشطه في الفص الصدغي، ازدياد نشاط البقعة الزرقاء الموجودة في النخاع المستطيل (Kaplan & Sadock , 1996)

3. القلق في التحليل النفسي: يشير(فرج طه وآخرون، 1993) الى وجود الأنواع التالية من القلق يمكن أن ترد بسهولة لعلاقات الأنا بالعالم الخارجي، والهو، والأنا الأعلى وهي: القلق الواقعي (الموضوعي) Realistic Anxiety ويعني وجود

سبب موضوعي موجود في العالم الخارجي بسبب القلق. القلق العصابي Neurotic Anxiety والذي ينتج تحت وطأة الدفعات الغريزية من جانب الهو.

أما أدلر Adller فيرى أن القلق شأنه شأن بقية الأمراض النفسية والعقلية وينجم عن محاولة الفرد التحرر من الشعور بالدونية أو النقص ومحاولة الحصول على شعور بالتفوق.

يشير فرويد إلى أن القلق هو محور الصراع العصابي، وأن القلق هو العامل الرئيسي للعصاب. وأشارت كارين هورني إلى أن الشعور بعدم الأمن النفسي يؤدي إلى القلق الأساسي، وقد أطلقت عليه القلق الأساسي لأنها أساس القلق، ولأنه ينشأ في المرحلة الأولى من حياة الطفل نتيجة لاضطراب العلاقة بين الطفل ووالديه، وترى هورني أن القلق يرجع إلى الشعور بالعجز والعدوان والعزلة، وهدف العوامل ناشئة عن الشعور بعدم الأمن النفسي. (Dicaprio, 1994, 371-391).

4. القلق في السلوكية: أما أنصار المدرسة السلوكية فيرون أن القلق هو اتجاه انفعالي أو شعور ينصب على المستقبل، ويتميز بتناوب أو امتزاج مشاعر الرعب والأمل، وينتج القلق من الإحباط أو الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد، بمجرد المرور بخبرة (سارة أو مؤلمة) فإنها تتحول إلى استجابة مشروطة ترتبط (عن طريق التعميم) بمواقف أخرى أقل شدة وإحباطاً وإحداثاً للضغط النفسي، ويتم تعلم القلق من خلال التوحد بالوالدين، أو تقليد أنماط القلق الخاصة بهما (على سبيل المثال نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا). ويرتبط القلق بالمؤثرات (بالمثيرات) الطبيعية الخارجية المخيفة مثل الخوف من الحوادث أو التعرض لها، ثم ينقل من خلال مثير أخر من خلال الفعل الشرطي فيؤدي ذلك إلى ظهور الفوبيا لذا لا عجب في أن نجد القلق هو المركز والمنطلق الأساسي خلف كافة أنواع الاضطرابات العصبية. (Kaplan & Sadock , 1996).

5. القلق لدى المعرفيين: يشير كلارك وآخرون (Clark et al., 1989 , 458) إلى أن خبرات الطفولة المؤلمة تجعل الطفل يكون صيغة سلبية إجمالية عن الذات-Negtive Self ظهر في تركيز الطفل انتقائياً وتخيله، وترديده للأفكار التي تتضمن توقعاً

للمخاطرة والتهديد، مما يجعله يحرف كل الخبرات التي يمر بها في اتجاه التوقع المستمر للخطر، فيصبح الخوف من الخطر كأمن الموقف، أو خطر قادم من المستقبل، وهذا التوقع المستمر للخطر يتدخل في تقييم الفرد للمواقف المثيرة للقلق تقييماً موضوعياً فهو يبالغ في تقدير الخطر الكامن في الموقف، ويقلل من قدرته على مواجهة هذا الخطر، مما يجعله في حالة قلق مستمر، وهذا جعل بيك Beck يعتقد أن توقع الكوارث وتوجس الفرد هو مؤشر هام ذو دلالة للتنبؤ بالقلق.

اضطرابات القلق لدى الأفراد التوحديين

يعتبر الأطفال التوحديون على وجه الخصوص أكثر الأطفال عرضة للشعور بالقلق (مورين أرونز، تيسا جيتنس، 2005، 83).

فقد وجد أن 55٪ من الأطفال التوحديين لديهم أحد اضطرابات القلق (De Bruin et al., 2006)

وتعد المخاوف منتشرة لدى الأطفال والمراهقين التوحديين، والقلق المعمم، واضطرابات قلق الانفصال ، والاضطراب الوسواسي القهري، والمخاوف الاجتماعية(White et al., 2009 ; Evans et al., 2005)

والأفراد التوحديون لديهم مخاطر مرتفعة للاضطرابات النفسية شملت الفوبيا، القلق، الاضطراب الوسواسي القهري (Holden &Sgilesen 2008; Matson& Schwler, 2007)

وحوالي 11٪ من الأطفال التوحديين في الأعمار ما بين 5-21 سنة يختبرون على الأقل احدى الاضطرابات النفسية عند دخول المستشفيات (Mandell , 2008).

والاضطرابات النفسية المقررة لدى الأفراد التوحديين كانت: الاكتئاب، والحركة الزائدة، وعدم الانتباه، والعدوان، والاضطراب الوساوسي القهري، والمخاوف، والقلق المعمم، واضطراب الهلع، وقلق الانفصال، والقلق الاجتماعي (Luiselli , 1978 ; Bellini, 2004 ; Ghaziuddin et al., 1998 ; Morgan et al , 2003 ; Lecavalier et al., 2006; Stewart et al., 2009 .

وفي مراجعه للتراث وجد لينهرت (Lainhart ,1999) أن حدوث اضطرابات القلق وأعراض القلق تراوحت مابين 7٪ إلى 84٪ لدى الاطفال والراشدين من ذوي اضطراب طيف التوحد.

وقد قُدرت نسب انتشار الاضطرابات النفسية بحوالي 35٪ في الراشدين التوحديين يعيشون في المجتمع (Ghaziuddin et al., 1998).

وانتشار اضطرابات القلق لدى التوحديين مرتفعي الأداء الوظيفي المرتفع يتراوح ما بين 47٪ إلى 84.1٪ (Gillot et al., 2001; Muris et al., 1998).

ويشير أندرو (Andrea , 2009 , 9) إلى أن العديد من الدراسات أظهرت مدى واسعاً من الاضطرابات النفسية لدى التوحديين شملت: اضطراب القلق المعمم والذي تراوح نسبته مابين 2-13 ٪ والاضطراب الوسواسي القهري والذي تراوح نسبته ما بين 1-46 ٪ ، وقلق الانفصال وتراوحت نسبته من 5-13٪، والمخاوف المحددة تراوحت نسبتها 8.5-44٪.

انتهت نتائج دراسة ماتسون ولَف (Matson & Love , 1990) إلى أن الأطفال التوحديين يكونون أكثر خوفاً من العواصف الرعدية، والأماكن المظلمة، والتواجد في حشود، والغرف المظلمة أو المغلقة، والذهاب إلى النوم في الظلام، والأماكن المغلقة.

وانتهت نتائج دراسة كيم وآخرون (Kim et al., 2000) والتي أجريت على 59 طفل توحدي مرتفع الأداء الوظيفي، تراوحت أعمارهم ما بين 9-14 سنة، إلى أن 13.6٪ من الأطفال التوحديين يحصلون على درجات مرتفعة على مقاييس القلق المعمم.

وتشير نتائج دراسة ليفير وآخرين (Leyfer et al., 2006) إلى أن 70٪ من التوحديين في الأعمار ما بين 10-14 سنة قابلوا على الأقل احدى التشخيصات النفسية المرضية، و40٪ على الأقل لديهم محكان أو أكثر، وحوالي 72٪ لديهم تشخيصات نفسية أكثر. وصنفت على النحو التالي: الفوبيا المحددة، والاضطراب الوسواسي القهري 6٪، وبلغ اضطراب قلق الانفصال 7٪.

لقد فحص سيمونوف وآخرون (Simonoff et al., 2008) اضطراب المزاج، واضطراب القلق وعلاقاتهم بعوامل الخطر في عينة من السكان أعمارهم تراوحت ما بين 10-14 سنة، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن 70٪ من عينة الدراسة لديها اضطراب نفسي واحد على الأقل، ومعظم الاضطرابات الشائعة كانت اضطراب

القلق الاجتماعي 29٪، وأن هناك علاقة بين الاضطرابات النفسية والعوامل الخارجية مثل شدة التوحد، نسبة الذكاء، السلوك التكيفي، الخصائص الوالدية.

وأسفرت نتائج دراسة سفديسكي وآخرين (Sukhodolsky et al., 2008) عن أن معدلات انتشار المخاوف تكون 31٪ في عينه من الأطفال التوحديين.

وانتهت نتائج دراسة جيليس وآخرين (Gillis et al., 2009) إلى أن الأطفال التوحديين يظهرون مخاوف طبية واضحة وأهمها الخوف من الفحص الطبي.

والفوبيا الاجتماعية أكثر أنواع اضطرابات القلق شيوعاً من الاكتئاب لدى التوحديين فقد بلغت نسبتها 22.4٪ (Kessler et al., 1997).

وقد يكون لدى الطفل الخوف من أشياء قد تكون عادية كالطائرة، مثلاً، أو مرور سيارة كبيرة، وفي الجانب الآخر نجد هذا الطفل لا يخاف من أشياء يستوجب الخوف منها وتنبه للخطر كالجري في الشارع دون الالتفاف للسيارة القادمة، فقد نجد بعض الأطفال التوحديين شديدي الخوف بدون داع بينما نجد آخرين يكونون لا مبالين بأي خطر حولهم (سميرة السعدي، 2001).

وهناك نسبة مرتفعة من قلق الانفصال، وسلوكيات إصابة الذات، والقلق المعمم، والنشاط المفرط، والطقوس القهرية، والاكتئاب، ومشكلات اضطرابات النوم والاجترار في التوحديين (Tsai , 1996) والرفض المدرسي، والاضطراب الوسواسي القهري، واضطرابات المزاج (Gadow et al., 2004). وكانت أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً الاضطراب القهرية (Russell et al., 2005).

يعتبر السلوك الاستحواذي من أبرز الأنماط السلوكية المصاحبة للتوحديين، فإن هذا السلوك الاستحواذي قد يعوق ويعرقل نمو الطفل وتطوره. فقد نجد الطفل التوحدي يستحوذ على بعض الأشياء ويكون ارتباطه بها قوياً جداً لدرجة عدم الاستغناء عنها، وأحياناً تكون هذه الأشياء ليس لها معنى أو مدلول يدعو إلى هذا الارتباط الشديد، فهناك طفل يستحوذ على قطعة الحديد الخاصة بالبوتاجاز(الشعلة) ويتحرك وهو ممسك بها ويصل به الحد إلى أن ينام وهي موضوعة في يده دون أن نعرف ماذا تعني له هذه الشعلة؟ وقد يستمر هذا السلوك الاستحواذي إلى عدة أشهر

ثم يقوم الطفل التوحدي بالبحث عن شيء آخر يستحوذ أو يتعلق به، حيث إن الطفل التوحدي يتعلق بالأشياء أكثر من تعلقه بالأشخاص. فهناك من الأطفال التوحديين من يتعودون على حمل أشياء معينة كلعبة أو ودمية معينة أو قطعة خشبية أو زجاجية....الخ.

ويظهر الطفل التوحدي الكثير من الأفعال الطقوسية مثل الجلوس في أماكن محددة عند تناول الطعام، ويسلك طريقا محدداً لا يغيره عند الذهاب للشراء، ويرتدي نفس الملابس، ويصر على تناول أطعمة معينة، ويرفض تغييرها، وله طقوس معينة عند النوم، وينزعج ويثور عندما يحدث تغير في أثاث المنزل.

كنتيجة لخصائص التفكير الوسواسي الذي يميز التوحديين نجد أن الكثير من الأفراد البالغين منهم يهتمون بجمع معلومات عن كل الأنظمة المختلفة عن القطارات البريطانية للمنطقة الغربية منذ عام 1960، الأغنيات الناجحة لفرق معينة أو الاسطوانات التي تنشرها شركات تسجيل معينة، الميداليات التي فاز بها أبطال ألعاب رياضية معينة، البرامج الفكاهية، إذ أنه من بينهم من يملكون ثروة من المعلومات التي يحتفظون بها في ذاكرتهم التي لا تنسى حتى أدق التفاصيل (محمد على كامل، 2003، 86).

ونجد عدداً من الأطفال يقومون بتخزين عدد وافر من الأشياء بدلاً عن الانغماس في نشاطات طقوسية بوضع الأشياء في صفوف لانهائية لها مثل: محمد بالإضافة للكمية الهائلة من العملات أيضاً يجمع لعب السيارات بشكل علب الكبريت (كوثر عسلية، 2006،159).

أسباب اضطرابات القلق لدى الأفراد التوحديين

بداية نشير إلى بعض المشكلات للأفراد التوحديين الذين يظهرون اضطرابات نفسية والتي يجب أخذها في الاعتبار:

- تداخل الأعراض.
- قناع الأعراض.
- تفسير الحالات الانفعالية.

- التفسير الخاطئ لمعنى الأعراض.
- الصعوبات الوراثية مع التقارير الذاتية.
- القصور المعرفي، والعجز عن الاستبصار(Kanne et al. 2009 ,857).

ونتناول فيما يلي أهم الأسباب:

- ترتفع معدلات انتشار اضطرابات القلق لدى الأفراد التوحديين بسبب افتقارهم القدرة على استخلاص المغزى من المواقف التي يتعرضون لها، وطرح الأسئلة المناسبة التي توضح لهم ما يمرون به. بطبيعة الحال، من الصعب بمكان أن نستثني من هذا الأمر العوامل الأساسية للشعور بالقلق الشديد التي قد تظهر في ظروف عادية مشابهة (مورين أرونز، تيسا جيتنس، 2005، 83).
- الميكانزيمات المسببة للقلق في الأطفال التوحديين، ترجع إلى أن القدرة على الدمج أو التكامل تكون ضعيفة لديهم، الفشل في دمج أو تكامل التفاصيل في وحدة كلية (Frith &Frith , 1999).
- القصور في ربط مصادر متنوعة من المعلومات سوف تؤدي بالأطفال التوحديين ليخبروا مواقف يومية مضطربة (Happe , 1994).
- الدراسات الحديثة فشلت في إيجاد ارتباط بين التماسك المركزي الضعيف والقلق في (20) من الأطفال التوحديين من مرتفعي الأداء الوظيفي(Burnette et al., 2005).
- لا شك في أن الاضطرابات النفسية تكون مرتبطة بزيادة دالة في الضغوط الوالدية وضغوط المعلمين (Lecavalier, 2006) وكذلك في القلق والاكتئاب الوالدي (Hastings &Brown, 2002)
- يرجع إلى تكرارات الرفض الاجتماعي وصعوبات في منبهات القراءة الاجتماعية، وقد يرجع إلى الأداء المعرفي المعوق، وصعوبات في قدرتهم على حل المشكلات (Lainhart, 1999).

الاضطرابات المزاجية Mood Disorders

يعتبر الاكتئاب من أكثر الظواهر النفسية انتشاراً، وإن أي واحد منا قد يتملكه في وقت من الأوقات شعور بالحزن أو الضيق، أو أننا نشعر باضطراب يمنعنا من

ممارسة أنشطة الحياة المعتادة، وكل هذه العلاقات هي دلالة على الاكتئاب النفسي (لطفي الشربيني، 2001، 17-18).

والاكتئاب مرض عصابي نصادفه كثيراً هذه الأيام، وما من شخص منا إلا وانتابته لحظات في عمره أثر أزمة خارجية، أو فقدان قريب أو صديق شعر فيها بالحزن والضياع. ومثل هذا الشعور نجده يسيطر على البعض بصور أقوى وأطول مما هو معتاد، والاكتئاب يمثل استجابة انفعالية مبالغ فيها، لكنه بعكس القلق الذي يتجه إلى الأمام ويتعلق بمخاوف وأخطار المستقبل، نجد أن المكتئب يتجه إلى الماضي وأحزان ما فات، لكنهما عادة متلازمين (عبد الستار إبراهيم، 1994، 22).

والاستجابة الاكتئابية شأنها شأن الاستجابة الخوافية كلاهما قائم على المبالغة والشدة والتطرف لاستجابة يمكن أن تكون سوية تحدث باعتدال وفي توسط. فكما أن الاستجابة الخوافية خوف شديد مبالغ فيه لمثير قد يثير الخوف فعلاً، ولكن ليس إلى هذه الدرجة. فإن الاستجابة الاكتئابية هي استجابة حزن وأسى وقنوط لحادث أو لموقف قد يثير الأسى فعلاً ولكن ليس إلى هذه الدرجة أو إلى هذه المدة، فالاكتئاب هو حالة من الحزن الشديد والآسى يدوم فترة طويلة، وغالباً ما يكون لفقدان شيء أو موضوع عزيز(علاء كفافي، 2005، 206).

والتعبير عن المزاج المضطرب يتنوع لدى الأطفال طبقاً لأعمارهم، فالأطفال الصغار المكتئبين يظهرون بشكل عام أعراضاً يبدو أنها تقل كلما تقدموا في العمر، وهي تشتمل على الهلاوس المطابقة للحالة المزاجية، والشكاوى الجسدية، والانسحاب، والمظهر الحزين، والتقدير الضعيف للذات، والأعراض تكون شائعة بين المكتئبين أكثر في المراهقة المتأخرة بخلاف الأطفال الصغار هي: التأخر الحركي النفسي الشديد، والأوهام، والإحساس بفقدان الأمل والأعراض التي تظهر بنفس التكرار بغض النظر عن العمر والحالة النمائية تشتمل: التخيل الانتحاري، والمزاج المكتئب أو المتهيج والأرق، وتناقص القدرة على التركيز (حسن مصطفى، 2003، 526).

تعريف الاكتئاب

يعرف انجرام (Ingram, 1994, 113) الاكتئاب بأنه" اضطراب مزاجي أو وجداني، ويتسم ذلك الاضطراب بانحرافات مزاجية تفوق التقلبات المزاجية الأخرى".

ويعرف (فرج طه وآخرون، 1993، 11) الاكتئاب "بأنة حالة من الاضطراب النفسي تبدو أكثر ما تكون وضوحاً في الجانب الانفعالي لشخصية المريض حيث يتميز بالحزن الشديد واليأس من الحياة، ووخز الضمير، وتبكيه القاسي على شرور لم ترتكبها الشخصية في الغالب، بل تكون متوهمة إلى حد بعيد، وكثيراً ما تصاحب حالات الاكتئاب هذاءات وهلاوس تسندها وتدعمها وحالات الاكتئاب لا تصيب الوظائف الذهنية باضطراب خطير، ولا يتخلف عنها تدهور عقلي، كما أن نسبة الشفاء منها أعلى من غيرها من الأمراض النفسية الأخرى".

ويعرف (عبد المنعم الحفني، 1994، 206) الاكتئاب بأنه "اضطراب يتمثل في صعوبة التفكير، وكساد في القوى الحيوية والحركية، وهبوط في النشاط الوظيفي، وقد تكون له أعراض أخرى كتوهم المرض، وتوهم الاضطهاد، وأوهام اتهام الذات والهلوسة والاستثارة".

ويعرفه كل من (عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر،1999، 78) بأنه "يصف خبرة وجدانية ذاتية قد يطلق عليها إما حالة مزاجية أو انفعالية قد تكون عرضاً لاضطراب بدني أو عقلي أو اجتماعي، كما يشير أيضاً إلى مجموعة أعراض فسيولوجية وسلوكية ومعرفية إلى جانب الخبرة الوجدانية".

تصنيف الاضطرابات المزاجية

يمكن تصنيف الاضطرابات المزاجية على النحو التالي:

1. نوبة الاكتئاب الأساسي Major Depressive Episodes

أهم ملامحه هو الاكتئاب الوجداني والحزن المقيم أو اليأس وفقدان الحماس، وعدم الاكتراث بأي نشاط، حيث يصف الشخص شعوره بالحزن والاكتئاب، وفي بعض الحالات قد ينكر الشخص هذا الشعور، كما يفقد اهتمامه بالأنشطة التي كان يمارسها في السابق(عبد الكريم الحجاوي، 2004،227).

معدلات انتشار الاكتئاب الأساسي

يُعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً في الدول الصناعية الكبرى، وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن حوالي 100 مليون شخص يعانون من الاكتئاب (سامر جميل، 2007، 418).

وحوالي 5٪ من السكان إكلينيكياً مكتئبون (Gillam , 2004 , 33) وتبلغ معدلات انتشار الاكتئاب الأساسي ما بين 3 إلى 5٪، وينتشر في 5٪ إلى 12٪ في الذكور، ومن 10٪ إلى 20٪ في الإناث (Fadem & Simring, 1998, 68).

تشخيص نوبة الاكتئاب الأساسي

- اضطراب الشهية للطعام وتغير الوزن.
- اضطراب النوم.
- الفوران الداخلي وهو إما زيادة النشاط الحركي أو نقصه.
- خمول الطاقة والشعور بالإجهاد.
- فقدان الاعتداد بالذات والشعور بالذنب دون وجود سبب.
- التفكير في الموت والانتحار (عبد الكريم الحجاوي، 2004،255 -256).

2. اضطراب الهوس Manic Disorders

يقال للهوس المس أو الهوس الجنوني (مانيا) (المانيا) وهو لفظ يوناني قديم استعمله أطباء العرب وفلاسفتهم مثل الرازي وابن سينا. والهوس اصطلاحاً يستخدم في صورته العامة والعامية بمعنى الجنون Madness أو السلوك العنيف أو السلوك الشارد أو السلوك الضال أو السلوك المجروف بفعل قوة أخرى (عبد الرحمن العيسوي، 2004، 253-254).

والهوس حالة تتميز بشعور مسيطر ومستمر من النشوة والاستثارة مصحوبة بعدد آخر من العلامات والأعراض (جمعة سيد، 1990، 191).

وهو اضطراب سلوكي ذهاني يتسم بالغرابة والنشاط النفسي الحركي الزائد والهياج الذي لا يسيطر عليه الفرد (ويكون الفرد أشبه بحالة السكران أو بحالة الفرد يوم العيد) (حامد زهران، 1997، 548).

ويعرف الهوس في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأنه "حالة مرضيه تبدو أوضح ما تكون في الجانب الانفعالي للشخصية، والشخص في حالة الهوس يكون مناقضاً تماماً لحالة الاكتئاب، حيث يكون مملوءاً بالنشاط والسرور والبهجة،

والرضا عن النفس والسعادة بالظروف التي يعيشها ويكون نشاطه الحركي وأيضاً الفكري سريعاً ومتعجلاً، ويصرف انتباهه ويحوله من موضوع لموضوع آخر بسرعة، حتى لو أن الموضوعات التي بدأها لم يتمها.

وعادة يفتقد القدرة على التحكم والضبط، ويكثر ضحكه وإلقاؤه للنكت حتى البذيء منها دون حرج، وكثيراً ما يكون مريض الهوس عرضة للإصابة بالهلاوس والأفكار الهذائية التي توحي بامتيازه، وبعظمته وتساند حالة الانشراح، والانبساط التي تميز انفعالاته وتنعكس على تصرفاته (فرج طه وآخرون، 1993، 829).

معدلات انتشار الهوس

تبدأ نوبات الهوس عادة في بداية العشرينات من العمر، وهناك حالات تظهر بعد سن الخمسين، وتحدث النوبات بصورة مفاجئة ثم تشتد الأعراض خلال فترة قصيرة حتى تصبح خطيرة، وتستمر لعدة أيام أو لشهور وتختفي فجأة، ويحتاج المريض إلى إدخاله المستشفى عند اشتداد الأعراض من أجل حمايته من الإضرار بنفسه أو بالآخرين(عبد الكريم الحجاوي، 2004، 251).

ونسبة حدوث اضطراب الهوس في المجتمع من 3 إلى 4 في الألف (عبد الرءوف ثابت، 1993، 117) ونوبات الهوس تكون أكثر انتشاراً في الذكور (Sadock & Sadock , 2008 , 201)

أعراض الهوس

- تقييم مضخم للذات وشعور بالزهو والعظمة.
- حاجة متناقضة للنوم.
- إلحاح وكثرة في الكلام.
- تطاير الأفكار.
- تشتت الانتباه.
- تهيج نفسي حركي وزيادة الحركة الموجهة لتحقيق هدف ما.
- انهماك متزايد بالفعاليات السارة والتي قد تؤدي لحدوث نتائج مؤلمة لا يقدرها المريض أحياناً (سمير بقيون، 2007، 79).

3. اضطراب الهوس الخفيف Hypomania

وهو يتصف بأدنى درجات الإصابة ولا يصاحبه هذاءات أو هلاوس، وينتاب المريض أثناء النوبة ارتفاع بمزاجه ومعنوياته ويستمر لعدة أيام، ينشط أثناءها بشكل واضح، ويعتريه إحساس قوي بكمال قوته الجسمية والعقلية، ويصبح اجتماعياً فائقاً، ثرثاراً، رافع الكلفة عن الآخرين، عازفاً عن النوم (سمير بقيون، 2007، 81).

والهوس الخفيف هو درجة أقل من الهوس، حيث يتميز المزاج والسلوك بشذوذ واستمرارية وشدة، تجاوز إمكانية إدراجها تحت المزاج العادي، ولكنها غير مصاحبة بهلاوس أو ضلالات. كذلك يوجد ارتفاع خفيف مستمر في المزاج (على الأقل فترة عدة أيام متواصلة) وزيادة في الطاقة والنشاط وأحاسيس شديدة بحسن الحال، والكفاءة الجسمية والعقلية والمشاركة الاجتماعية الزائدة، وكثرة الكلام والألفة الزائدة عن الحد وزيادة الطاقة الجسمية وانخفاض شديد في العمل أو تؤدي إلى النبذ الاجتماعي، وأحياناً قد يأخذ النزق والغرور والسلوك المتعجرف مكان الاجتماعية الانبساطية. وقد يختل كل من التركيز والانتباه، وبالتالي تقل القدرة على الاستقرار في العمل أو الاسترخاء أو الترفيه، ولكن هذا لا يحول دون ظهور اهتمامات بالخوض في مغامرات ونشاطات جديدة أو درجات خفيفة من البذخ، واضطرابات المزاج والسلوك قد تصاحبها الهلاوس أو الضلالات (أحمد عكاشة، 2003).

4. النوبة المختلطة Mixed Episode

في النوبة المختلطة توجد كل من نوبات الهوس ونوبات الاكتئاب لمدة أسبوع على الأقل مع حركة سريعة للانتقال من النقيض إلى النقيض أو من الهوس إلى الاكتئاب، مع اضطراب في النوم وفقد للشهية وصعوبة التركيز، وشيوع الهياج أو سهولة الاستثارة النفس حركية، والأفكار الانتحارية، ويعد مرضى النوبة المختلطة أكثر مرضى الاضطرابات المزاجية صعوبة في التشخيص (محمد السيد، 2000-أ،310).

5. اضطراب عسر المزاج Dysthymic Disorder

يستغرق حدوث الاضطراب الاغتمامي أو عسر المزاج أو اضطراب القنوط أو الجزع فترة زمنية لا تقل عن عامين. والاضطراب من الممكن أن يبدأ في مرحلة الرشد

المبكر، غالباً بدون بداية واضحة، وتبدو الأعراض: المزاج المكتئب، أو فقد الاهتمام أو السرور في كل أو معظم الأنشطة الاعتيادية للفرد، والأعراض غالباً لا تكون بدرجة كافية تقابل محكات الاكتئاب الأساسي (Kaplan & Sadock , 1985, 254) .

إن عسر المزاج لا يشمل أعراضا اكتئابية كثيرة مثل نوبة الاكتئاب الرئيسي، فهي شكل من الاكتئاب الأكثر لطفاً، بالإضافة إلى مزاج حزين.

معدلات انتشار اضطراب عسر المزاج

تتراوح معدلات انتشار هذا الاضطراب ما بين 5 إلى 6٪ لكل الأشخاص، وهو أكثر شيوعاً بين غير المتزوجين، وهؤلاء الذين ينتمون إلى مستويات دخل منخفضة، ويتواجد بتكرار مع الاضطرابات النفسية لاسيما اضطراب الاكتئاب الأساسي . (Sadock & Sadock , 2008 , 226)

تشخيص عسر المزاج وفقاً للتشخيص الإحصائي الرابع DSM-IV

لابد من وجود عرضين فقط من الأعراض التالية:

- ضعف الشهية أو المبالغة في تناول الطعام.
- أرق أو إفراط في الأرق.
- انخفاض الطاقة أي الشعور بالتعب.
- انخفاض تقدير الذات.
- ضعف التركيز أو الصعوبة في القيام بمناقشات.
- الشعور باليأس (DSM-IV, 1994, 170).

وكل من عسر المزاج ونوبات الاكتئاب يمكن أن يوجدان معاً وهذا الشكل المشترك من الاضطراب يعرف بالاكتئاب الثنائي Double depression، وحينما تستقر نوبات الاكتئاب العظمى، فإن عسر المزاج في العادة يستمر.

6. اكتئاب أحادي القطب Unipolar Depression

عندما يحدث الاكتئاب بدون هوس هذا فإن الاضطراب يطلق عليه الاكتئاب أحادي القطب. ويشخص عندما يمر المريض بنوبة اكتئاب رئيسية وحيدة لا تصاحبها

أي من النوبات الثلاثة الأخرى: الهوس، والهوس الخفيف، والنوبة المختلطة، وقد وجد أن ما بين 50-60٪ من الأفراد الذين شخصت حالاتهم بهذا الاضطراب يتعرضون لنوبة ثانية فيما بعد، ومن ثم تشخص حالاتهم على أنهم يعانون من اضطراب الاكتئاب الأساسي المتكرر (محمد السيد،2000-أ، 312).

معدلات انتشار الاكتئاب أحادي القطب

تبلغ معدلات انتشار الاكتئاب أحادي القطب حوالي 20٪، و10٪ لكل من الإناث والذكور على التوالي (Fadem , 1991, 85).

7. اكتئاب ثنائي القطب Bipolar Affective Disorder

هو اضطراب يتميز بنوبات متكررة (أي اثنتين على الأقل) يضطرب فيها مزاج الشخص ومستوى نشاطه بشكل عميق. ويتكون هذا الاضطراب في بعض الأحيان من الارتفاع في المزاج وزيادة في الطاقة والنشاط (هوس أو هوس خفيف) وفي أحيان أخرى من هبوط في المزاج، وانخفاض في الطاقة والنشاط (اكتئاب) ويتساوى الجنسان في معدل إصابتهما بالمرض أكثر من الاضطرابات المزاجية الأخرى، وتبدأ نوبات الهوس في المعتاد فجأة، وتستمر لفترة تتراوح بين أسبوعين وأربع أو خمس شهور (متوسط المدة حوالي 4 شهور) أما الاكتئاب فيميل إلى الاستمرار لفترة أطول (متوسط المدة 6 أشهر) (أحمد عكاشة، 2003) وهو يتضمن كلا من نوبات الهوس أو النوبات المختلطة، وعادة ما تتناوب مع نوبات اكتئاب أساسية (Fadem & Simring ,.1998, 72).

وقد أشارت الدراسات إلى أن هذا الاضطراب يعتبر من أكثر الأمراض تأثراً بالعوامل الوراثية، حيث بلغت نسبة الإصابة في التوائم المتشابهة (التوائم التي تنتج من تلقيح حيوان منوي واحد لبويضة واحدة) حوالي 70٪ وكذلك تبلغ نسبة الإصابة بين الأقارب من الدرجة الاولى حوالي 20٪ وهذه من أعلى الإصابات بين الأقارب وتبين مدى تأثير الوراثة في الإصابة بهذا المرض، والاضطرابات الهرمونية في الغدد الصماء، والإصابات الدماغية خاصة حوادث الطرق (سمير بقيون، 2007، 89-90).

معدلات انتشار الاكتئاب ثنائي القطب

حوالي 1٪ من الجنسين سوف يصابون بالاكتئاب ثنائي القطب (Fadem , 1991, 85) ويتوزع هذا الاضطراب بالتساوي بين الذكور والإناث (Sadock & Sadock , 2008 , 201)

8. اضطراب دوري المزاج Cyclothymic disorder

ابتكر هذا المصطلح كالبوم Kahlbaum في منتصف القرن التاسع عشر وكان يطلق عليه مصطلح "الجنون الدوري" Circular Insanity (Kaplan & Sadock , 1985, 259).

ويتميز هذا الاضطراب بالعديد من نوبات الهوس الخفيف وعدة فترات من الاكتئاب الوجداني، أو عدم الاكتراث والاستمتاع بدرجة شديدة مدة لا تكفي لتشخيص نوبة الاكتئاب الرئيسي أو نوبة الهوس، ولكي يتم تشخيصها يلزم أن تكون مدة الإصابة بهذا الاضطراب على الأقل سنتين لا يخلو فيها من الأعراض الهوسية الخفيفة أو الاكتئابية لمدة تزيد عن شهرين (عبد الكريم الحجاوي، 2004،254).

وهو يبدأ غالباً في فترة مبكرة من العمر، وعادة في سن المراهقة. ويمكن تمييزه على أنه تبدل في الشخصية حيث تنتاب المريض أعراض الهوس الخفيف مع أعراض الاكتئاب الأساسي بدرجة أقل حدة مما هي عليه في نوبة الاكتئاب الأساسية النقية، كما تتباين فترات الهوس والاكتئاب وشدتها من حين لآخر ومن مريض لآخر(محمد السيد، 2000-أ، 322).

ويشكل هذا الاضطراب نسبة تتراوح ما بين 3 إلى 5٪ من كل المرضى النفسيين بالعيادات الخارجية، ومعدل انتشاره مدى الحياة يبلغ 1٪ , (Sadock & Sadock 2008 , 228)

9. الاضطراب الوجداني الموسمي Seasonal Affective Disorders (SAD)

لوحظ نوع من الاكتئاب الموسمي، يظهر في فصل الشتاء عندما تختفي الشمس لمدة طويلة في البلاد الشمالية، ويختلف عن نوبة الاكتئاب السابق شرحها في أن المرضى يعانون من إفراط في الشهية، خاصة بالنسبة للنشويات، وإفراط في النوم،

وظهـور الأعـراض في هيئـة موسميـة في فـصل الـشتاء، ويـستجيب هـؤلاء المرضـى للتعرض للضوء الصناعي مدة ساعتين إلى ثلاث ساعات يومياً أكثر مـن اسـتجاباتهم المضادة للاكتئـاب أو جلـسات الكهربـاء، ويحتمـل وجـود علاقـة بـين هـذا المـرض، وهرمون الميلاتونين والذي يتأثر بالضوء، وبـدأ الاهتمـام حـديثاً باضـطراب مماثـل في البلاد الحـارة، عنـدما يزيـد ضـوء الـشمس، ويتعـرض المرضـى لاضـطراب اكتئـابي موسمي في فصل الصيف (أحمد عكاشة، 2003).

معدلات انتشار الاضطرابات الوجدانية

تشير معظم الدراسات المسحية في مجـال الاكتئـاب إلى أن حـوالي (12٪) مـن المجتمع الأمريكـي يعـانون مـن الاكتئـاب لمدة تزيـد عـن سـنة، كمـا توصـلت تلـك الدراسات إلى وجود مخاطره لتطور الاكتئاب بنسبة تتراوح ما بين(8-12٪)، ومـا بـين (20- 26٪) بالنسبة للنساء (Montgomery, 1991,1) .

ويعتبر الاكتئاب من أكثر الأمـراض النفـسية انتـشاراً حيـث تقـدر إحـصائيات منظمة الصحة العالمية عدد مرضى الاكتئاب في العالم بما يزيد على 500 مليون إنسان، وتشير بعض هذه الإحصائيات إلى أن نسبة انتشار الاكتئاب تصل إلى 7٪ مـن سـكان العالم، ومن المتوقع أن تزيـد النـسبة إلى 10٪ في خـلال أعـوام قليلـة، وتـشير منظمـة الصحة العالمية إلى إحصائية أجريت في عام 1994 إلى أن نسبة حالات الاكتئاب تـصل إلى 18٪ من العينة التي شملتها الدراسة، وهذا الرقم يعنى أن هـؤلاء الأشـخاص قـد أصيبوا بالاكتئاب في مرحلة ما من مراحل حياتهم، ثم تضيف 4.6٪ مـنهم كحـالات الاكتئاب الشديدة، 7.7٪ كحالات الاكتئاب المتوسط، 5.7٪ كحالات اكتئاب بـسيطة (لطفي الشربيني، 2001، 33).

ووفقاً لتقرير رابطة علم الـنفس الأمريكيـة، فـإن 7 ملايـين امـرأة، 3.5 مليـون رجل على الأقل يمكن أن يشخصوا باعتبـارهم يعـانون مـن اكتئـاب رئيـسي Major depression ويمكن أن تشخص أعداد مماثلة بالديـسثيميا Dysthymia وأن الاكتئـاب الرئيسي والديسثيميا منتشران لدى طلاب الجامعـة بنـسبة تـصل إلى ضـعف الأعـداد السابقة (Claye et al., 1993 , 91).

أعراض الاضطرابات المزاجية Symptoms of Depression

يعبر الاكتئاب عن مجموعة من الأعراض المركبة التي يطلق عليها العلماء الزملة الاكتئابية Depressive Syndrome وتتمثل أعراض الاكتئاب في أربع فئات أساسية هي:

أ. **الأعراض المزاجية Mood Symptoms** : وتعتبر تلك الأعراض بمثابة الشكل المحدد والأساسي للاضطرابات الوجدانية، مثل حدوث مزاج حزين معظم اليوم، تقريباً كل يوم لمدة أسبوعين على الأقل.

ب. **الأعراض الدافعية Motivational Symptoms**: وتتمثل في الأشكال السلوكية التي تشير إلى التوجه نحو الهدف فالناس المكتئبون غالباً ما يعانون قصوراً في هذا المجال، وقد يخبر البعض صعوبة شديدة في القيام بأدنى عمل.

ج. **الأعراض البدنية Somatic Symptoms**: وتشير إلى التغيرات الجسمية التي قد تصاحب الاكتئاب، وتشمل تغييرات في أنماط النوم والشهية، والاهتمام الجنسي.

د. **الأعراض المعرفية Cognitive Symptoms**: وتشير إلى قدرة الأفراد على التركيز دائماً، واتخاذ القرار، وكيفية تقويمهم لأنفسهم (Ingram , 1994 , 114).

وأوضح سترونجمان Strongman خمس سمات للشخصية الاكتئابية:

1. مزاج حزين وفتور الشعور.
2. مفهوم سلبي عن الذات يتضمن تأنيب الذات ولومها.
3. رغبة في تجنب الأشخاص الآخرين.
4. فقدان الشهية العصبي والرغبة الجنسية.
5. تغيير في مستوى النشاط عادة تجاه الكسل، وأحياناً في شكل استثارة (Strongman, 1994 , 173).

إن أعراض الاضطرابات المزاجية قد تختلف من فرد إلى آخر، فالبعض قد يتخذ لديهم الاكتئاب شكل أحاسيس قاسية من اللوم، وتأنيب الذات، ويجيء عند البعض الآخر مختلطاً مع شكاوى جسمانية، وأعراض بدنية بصورة قد لا تعرف الحدود بينها،

ويعبر البعض عنه في شكل مشاعر اليأس، والتشاؤم، والملل السريع من الحياة والناس. وربما تجتمع كل هذه الأعراض معاً في شخص واحد، وقد تتنوع هذه الأعراض وتختلط مع غيرها من أعراض نفسية وجسمانية أخرى (عبد الستار إبراهيم، 1998، 16).

أسباب الاضطرابات المزاجية

إن أسباب الاضطرابات الوجدانية ترجع إلى عدة أسباب من حيث عوامل نشأتها وتفسيرها – وفيما يلي سوف نعرض وجهات النظر المتنوعة التي اهتمت بتفسير الاضطرابات الوجدانية.

1. **الوراثة Genetics**: تتعدد النماذج المفسرة للاكتئاب فيركز النموذج الوراثي في نشأة الاكتئاب على الاستعداد الوراثي لدى الفرد (Katona & Robertson , 2005). العوامل البيولوجية: احتمال ظهور اضطراب وجداني في طفل يصل إلى 25٪ إذا كان أحد والديه مصاباً باضطراب ازدواج القطبية من النوع الأول، وتزداد التوقعات بإصابة الطفل إلى نسبة 75٪ إذا كان الوالدان مصابين بالمرض، وإذا كان أحد الوالدين مصاباً بالاكتئاب فإن احتمالات إصابة الطفل باضطراب الوجدان تتراوح ما بين 10- 13٪ وهكذا (محمد حسن غانم، 2006، 122).
2. **عوامل فسيولوجية**: انخفاض تركيز الأمينات الحيوية في المخ (مثل: السيروتونين، ونورادرينالين، الدوبامين) وخاصة في حالات الاكتئاب، تغيير نسب مشتقات تمثيل الأمينات الحيوية مثل حامض هيدروكس إندول استيك (وهو مشتق من السيروتونين) وحامض (هوموفاينسليك المشتق من الدوبامين)، اختلال ضبط منظومة الأدرينالين والاستايل كولين مع سيطرة المسارات الكولينية (Kaplan & Sadock ,1996).
3. **النموذج الكيميائي الحيوي**: يرجع النموذج الكيميائي الحيوي نشأة بعض جوانب الاكتئاب إلى الاضطراب في توازن البوتاسيوم والصوديوم عند المكتئبين، ووجود قصور في العناصر الكيميائية في المخ وبخاصة توزيع العناصر الأمينية، وهي عبارة عن موصلات عصبية وتشمل أنواعاً منها الدوبامين، والسيروتينين، والنوريبينيفرين (عبد الستار إبراهيم، 1998، 104-105).

4. الأسباب النفسية – الاجتماعية:

أ. التحليل النفسي: إن الخبرات المؤلمة التي يتعرض لها الفرد نتيجة فقد أحد الوالدين أو التعرض لحادث، أو أزمة تتفاعل في داخل النفس البشرية ثم تحدث أثرها عن طريق تحريك عوامل كامنة، وانفعالات مكبوتة، والنتيجة في النهاية ظهور المرض (لطفي الشربيني، 2001، 45-46).

وترتبط أعراض الاضطرابات المزاجية بتقدير منخفض للذات، وبخبرات الفقد (Kaslow et al., 2000) كما يرجع إلى اضطراب العلاقة بين الأم وطفلها الرضيع أثناء المرحلة الفمية (الفترة من: 10 إلى 18 شهر) ويؤدي ذلك إلى تهيئته للتعرض للاكتئاب فيما بعد (Sadock & Sadock , 2003 , 539).

ب. النظرية المعرفية Cognitive Theory يؤكد بيك Beck على أن أحداث الطفولة المؤلمة والضاغطة كخبرات (الفقد والرفض والإهمال) تجعل الفرد يكون صيغة سلبية تجاه ذاته وينخفض تقديره لذاته (Beck, 1976, 102).

ج. نظريات التعلم Learning theories : أكدت نظرية العجز المتعلم Learned Helplessness لسليجمان على أن الاكتئاب استجابة متعلمة نتعلمها عندما نجد أنفسنا نتعامل مع مواقف مهددة للطمأنينة والأمان ولا مهرب منها.

ويرى أصحاب المدرسة السلوكية أن الاكتئاب مكتسب، ويمكن تفسيره في ضوء الإشراط الكلاسيكي فإنه لما كان من شأن مثيرات معينة (مشروطة) أن تولد استجابات انفعالية (مشروطة) فإن الأفراد يتجنبون مواجهة هذه المثيرات.

د. النظرية المعرفية الاجتماعية Social – Cognitive Theory تفسر هذه النظرية الاكتئاب من خلال مزج وخلط مفاهيم النماذج العقلية والأهداف الشخصية، والأدوار الاجتماعية وترى أن الاكتئاب يمكن أن يفسر باعتباره فقداناً لهدف قيم أو دور اجتماعي لدى الفرد الذي لديه مصادر أخرى قليلة لقيمة الذات. وتوضح هذه النظرية أن الفرد المستهدف للاكتئاب يحتمل أن يكون لديه مدى ضيق من أهداف وأدوار ذات قيمة مع مصادر أخرى قليلة لقيمة الذات،

والتهديد بالفقد أو الفقد الفعلي لهدف ذي قيمة كبيرة يمكن أن يؤدي إلى الاكتئاب بسبب عدم وجود مصادر أخرى لها قيمة ذاتية للفرد (حسين فايد، 2003، 122).

الاضطرابات المزاجية والتوحد

يظهر الطفل التوحدي حزنه بنوبات غضب عنيفة أو يعض نفسه، أو يحرك جسمه إلى الأمام والوراء، ويقفز صعوداً وهبوطاً، ويركض في أرجاء البيت على رؤوس الأصابع، وكثيراً ما يجهل الآخرون سبب حزنه أو استيائه، وفي بعض الأحيان، لا تجدي كافة المحاولات لإراحته أو إعادة الهدوء إليه بسهولة (زكريا الشربيني، 2004،120-121).

وتتراوح معدلات انتشار الاكتئاب لدى التوحديين ما بين 4.4٪ إلى 57.6٪ (Lainhart , 1999) والهوس مقرر لدى الأفراد التوحديين (Sverd, 2003).

ومن الدراسات الهامة دراسة كيريتا ونكيزي (Kurita & Nakayasy , 1994) والتي تناولت فحص طفل توحدي من الذكور يعاني من اكتئاب موسمي.

وأسفرت نتائج دراسة (Lecavalier, 2006) عن معدلات انتشار مرتفعة للصعوبات السلوكية والانفعالية، لدى التوحديين في عمر 9 سنوات.

أما نتائج دراسة مورجان Morgan et al. , 2009 فقد قررت معدلات مرتفعة من الاضطراب الوجداني أحادي القطب في الأفراد التوحديين بلغ 11٪.

وانتهت نتائج دراسة كاني وآخرين (Kanne et al., 2009) إلى أن أولياء أمور الأفراد التوحديين البالغ عددهم 177 قرروا ارتفاع معدلات انتشار الاضطرابات الوجدانية، والقلق، واضطرابات الانتباه، واضطرابات المسلك، والمشكلات البيئية في أبنائهم التوحديين، وكانت النسب على التوالي (26٪، 25٪، 25٪، 16٪، 6٪).

ويشير أندرو (Andrea , 2009 , 9) إلى أن العديد من الدراسات أظهرت مدى واسعاً من الاضطرابات النفسية لدى التوحديين شملت اضطراب ثنائي القطب وتراوحت نسبته من 2-27٪، والاكتئاب الرئيسي وتراوحت نسبته من 9-37 ٪.

ومن المراجعات المهمة التي فحصت الاضطرابات الاكتئابية لدى الأفراد التوحديين مراجعة لينهَرت وفولشتين (Lainhart & Folstein, 1994 , 597) حيث قاما بمراجعة 17 دراسة أجُريت على الأفراد التوحديين، ونصف المرضى في هذه الدراسات كان من الإناث، و 35٪ من المرضى التوحديين كانت بداياتهم مع الاضطرابات المزاجية في مرحلة الطفولة، و(50٪) لديهم تاريخ أسري من الاضطرابات المزاجية ومحاولات الانتحار. وكانت بداية اضطرابات المزاج واضحة. والنوبات المنفردة كانت مقررة في 6 حالات، واضطرابات المزاج المتكررة والمزمنة كانت واردة في 11 حالة، و(8) حالات لديهم نوبات اكتئابية، و(4) حالات يعانون من نوبات هوس، و(4) حالات تعاني من نوبات اكتئاب وهوس، وإحدى الحالات تعاني من نوبات مزاجية مختلطة.

الفصام Schizophrenia

الفصام هو مجموعة من الاضطرابات التي تختلف من حيث العوامل المسببة للاضطراب والاستجابة للعلاج ومصير المرض، وتتفق في كونها متلازمة مكونة من أعراض مميزة ناشئة عن حدوث خلل في التفكير والإدراك والوجدان والسلوك، ويشمل هذا الخلل معظم الوظائف الأساسية التي تعطي الشخص العادي الشعور بشخصيته الفردية وبالتميز واستقلاله الذاتي (عبد الكريم الحجاوي، 2004،198).

وهذه المجموعة من الأعراض النفسية والعقلية، إن لم تعالج في بداية الأمر، أدت إلى اضطراب وتدهور في الشخصية والسلوك (أحمد عكاشة، 2003).

ويصيب الفصام حوالي 0.85-3٪ من المجموع العام للشعب، أي أنه إذا كان تعداد مصر واحداً وستين مليوناً، فإن عدد الفصاميين يتراوح بين خمسمائة إلى ستمائة ألف نسمة، وهي نسبة خطيرة خاصة، إذا أخذنا في الاعتبار أن هذا المرض يصيب الفرد في سن الشباب والنضوج (أحمد عكاشة، 2003).

الفصام لدى الأفراد التوحديين

في الواقع هناك تشابه بين الفصام والتوحد من حيث الانغلاق على الذات، والاضطراب الانفعالي، وقصور واضح في المشاعر، وعجز في بناء الصداقات مع

الآخرين، ونقص في التفاعلات الاجتماعية، وندرة تعبيرات الوجهة والانفعال (Wing ,1981).

ويمكن التفريق بين التوحد والفصام بالاعتماد على الأتي:

1. توجد الهلاوس والأوهام في الفصام ولا توجد في التوحد.
2. يتواجد الفصام بدون تخلف عقلي في حين يصاحب التوحد التخلف العقلي.
3. التوحد اضطراب نمائي يصيب الطفل بينما الفصام مرض عقلي
4. على النقيض للتوحد فإن فترة النمو العادي تكون ملاحظة على الأقل في الخمس سنوات الاولى من حياة الفصاميين فهو لا يحدث إلا في بداية المراهقة أو في وقت متأخر من الطفولة (Campbell &Shay , 1995).
5. الفصاميون ينسحبون من علاقاتهم الاجتماعية السابقة، أما التوحديون فإنهم يعجزون عن بناء هذه العلاقة الاجتماعية (Durand & Carr , 1988 , 195-196)
6. الفصاميون قادرون على استخدام الرموز، ولكن التوحديين غير قادرين على ذلك.
7. نتائج دراسات علم الأوبئة أشارت إلى أن نسبة الذكور إلى الإناث في التوحد هي تقريباً من 1: 4 وفي الفصام متساو في النسبة، والجينات الوراثية قد تفسر الفصام أكثر من التوحد(عبد الرحيم بخيت، 1999).
8. يلاحظ على التوحدي التمتع بالصحة الجيدة على عكس الفصامي.
9. لا تتكرر ولا تشيع حالات التوحد في العائلة الواحدة بينما الفصام متواتر حدوثه في الأسرة الواحدة.
10. يدرك التوحدي البيئة إدراكاً انتقائياً بينما الفصامي يدرك البيئة إدراكاً مشوهاً.
11. النمو العقلي واللغوي للطفل التوحدي يحدث له نوع من التوقف، ولا يتمكن الطفل من التعبير عن خبراته الداخلية، والتي تشكل جزءاً أساسياً في تشخيص الذهان.

12. في حالة وجود دلالات تشخص التوحد فإن تشخيص الفصام كمصاحب يجب أن يتم فقط في حالات نادرة، تتوفر فيها الضلالات والهلاوس البارزة مع باقي الدلالات التي تشخص الفصام (محمود حمودة، 1991، 105).

13. تمت المقارنة بين الراشدين الفصاميين والراشدين التوحديين ، وجد أن الراشدين التوحديين في الواقع كانت لديهم ملامح أكثر سلبية للفصام من الراشدين الفصاميين (Konstantareas & Hewitt, 2001).

وأشارت نتائج دراسة فولكمر وكوهن (Volkmar & Cohn, 1991) إلى أن معدلات انتشار الفصام في الأفراد التوحديين تكون مماثلة لما وُجد لدى الأسوياء في المجتمع. وانتهت نتائج دراسة مواشين وآخرين (MoEachin et al., 1993) إلى أن التوحديين يسجلون درجات مرتفعة على مقاييس الذهانية. وقد ألمح مواشين إلى احتمال أن يجمع بعض الأطفال بين كل من الذهان والتوحد.

وفي الواقع يمكن القول بأن التوحديين يبدون سلوكيات مشابهة لما وُجد لدى الفصاميين، ولكن هذا لا يمنع أن يصاب التوحديون بالفصام لاسيما في حالات التوحد مرتفعة الأداء الوظيفي كما يصاب به العاديون، ومع ذلك تظل هناك صعوبات بالغة في قياس الفصام لدى الأفراد التوحديين. فيشير (محمد على كامل، 2003، 156) وقد يكون التفسير الخاطئ لمعنى السؤال قد يؤدي إلى استجابة ايجابية من الفرد التوحدي حتى ولم يوجد دليل قاطع على الخيالات والهلاوس فعلى سبيل المثال: إذا طلب من التوحدي الإجابة على سؤال تشخيصي هل تسمع أصواتا عندما لا يكون أحد معك في الحجرة؟ الغالبية ستجاوب بنعم لأن كلنا بالإجماع نسمع أصوات الآخرين عندما لا يكونون في نفس الحجرة. وإذا ما كان السؤال هل تعتقد أن الآخرين يتكلمون عنك؟ غالبية الأفراد التوحديين سيجاوبون بالإيجاب أن الآخرين دائماً يتكلمون عنك..

وهذه الصعوبات في التمييز لدى التوحديين تنشأ من فهمهم المتدني للمفاهيم المجردة، والتفسير الحرفي للمعلومات والاهتمامات الشاذة.

الفصل السابع

السمات الشخصية

- بعض سمات الشخصية
- الإحباط
- مفهوم الذات
- حاجات التوحديين
- التقمص الوجداني

الفصل السابع

السمات الشخصية

تعرف الشخصية بأنها وحدة متكاملة من الصفات تميز الفرد عن غيره، والوحدة المتكاملة كاللحن الموسيقي مجموعة من وحدات صغيرة متناغمة، وتكامل الشخصية يعني خلوها من الصراع النفسي المتصل العنيف الشعوري واللاشعوري، وسلامة جهازيها العصبي والغددي، والشخصية بهذا تنأى عن أن تكون مجموعة من الصفات الاجتماعية والخلقية فقط (عباس عوض، ب ت، 267).

ونتناول فيما يلي بعض سمات الشخصية

الإحباط Frustration

يختلف الأفراد في تحملهم للإحباط، والذي يظهر مدى استعداد الفرد للتعامل مع المواقف الحياتية المتباينة التي تمنعه من القيام بتلبية احتياجاته، وحيث إن الإحباط يهيئ الفشل في تحقيق احتياجات الفرد، أو وجود دوافع داخلية وخارجية لديه في البيئة التي يعيش فيها تحد من نشاطاته الموجهة نحو تحقيق أهدافه، فعلى هذا فإن الإعاقة وما ينتج عنها من إحباطات تؤثر بطريقة كبيرة على الأفراد المعوقين الذين لا يمكنهم تحمل نتائج الإعاقة الشخصية والبيئية (جميل الصمادي، 1999، 99).

والعوائق القائمة ذاتياً: مثل عيوب في الشخصية كنقص في الاستعدادات أو ضعف في الثقة بالنفس بسبب وجود عاهة ولادية أو مكتسبة، أو عادات بيئية تعوق إقامة علاقات ودودة بين الفرد وغيره، أما العوائق القائمة الخارجية: مثل التعرض للعقاب أو الخروج عن العرف والتقاليد مما يؤدي الى الرفض أو النبذ الاجتماعي، وحرمان الفرد من إشباع حاجته للانتماء ومنها ما يسبب إحباطات محتملة، وكذلك الاتجاهات الأخرى من المحيطين (عباس عوض، 1984، 70).

وربما يكون الإحباط محتاجاً لكي يحدث الى مستوى من الذكاء (لا يقل ذكاء الفرد عنه) وحتى يفهم الشخص أنه قد أخفق أو أن هناك أهدافاً مرغوبة، وإن كانت غير ملحوظة (محمد محروس، 1997، 329).

وهناك نوعان من الإحباط

1. **الإحباطات الشخصية:** وهي تأتي من العجز الشخصي مثل الذكاء المنخفض أو الافتقار الى القوة البدنية أو وجود بعض الأمراض أو العاهات التي تضعف من حركة الفرد.
2. **الإحباطات البيئية:** وهي تنشأ من العوائق الموجودة في البيئة مثل القيود التي يفرضها الآباء على الأبناء أو الفقر أو الموانع الفيزيقية كالأمطار الشديدة والسيول والزلازل) ولعل أوضح أثر من آثار الإحباط أنه يؤدي الى تغير في سلوك الفرد، وتختلف سلوكيات الأفراد حينما يواجهون موقفاً إحباطياً، ومنهم من يمضي في التفكير وتكرار المحاولات، وتجريب وسائل أخرى حتى يصل في النهاية الى الهدف الذي يشبع دوافعه (نبيلة الشوربجي، 2007، 17-18).

الإحباط لدى الأفراد التوحديين

يمثل نمط شخصية الطفل التوحدي كينونة أو وحدة طبيعية تكون متسقة عبر الزمن، فمن العام الثاني تبقى شخصية الطفل واضحة ومتسقة مدى الحياة. والشخصية والذكاء ينموان، والملامح المعينة أو المحددة إما أن تسود أو تتراجع. وتوجد صعوبات في مرحلة الطفولة المبكرة في تعلم المهارات العملية البسيطة وفي التكيف الاجتماعي. وهذه الصعوبات تنشأ بسبب مشكلات في التعلم ومشكلات في السلوك، وفي المراهقة تكون هناك مشكلات في الأداء الوظيفي. أما في مرحلة الرشد فتعلن الصراعات الزواجية والاجتماعية عن نفسها (Frith، 1989-A، 67-68) .

والأفراد التوحديون لا يتحملون الإحباط، وغير ناضجين (إبراهيم الزريقات، 2004، 96-97)، ويحدث الإحباط عندما لا يحدث شيء معين بالطريقة التي يتوقعونها، أو بالطريقة التي هم فكروا بحدوثها.

مفهوم الذات Self- Esteem

يعرف (حامد زهران، 1997، 69) مفهوم الذات بأنه "تكوين معرفي منظم ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتقييمات الخاصة بالذات، يبلوره الفرد، ويعتبره تعريفاً نفسياً لذاته. ويتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد الذاتية المنسقة المحددة الأبعاد عن العناصر المختلفة لكينونته الداخلية أو الخارجية وتشمل هذه العناصر المدركات والتصورات التي تحدد خصائص الذات كما تظهر إجرائياً في وصف الفرد لذاته كما يتصورها هو "مفهوم الذات المدرك"، والمدركات والتصورات التي تحدد الصورة التي يعتقد أن الآخرين في المجتمع يتصورونها والتي يتمثلها الفرد من خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين "مفهوم الذات الاجتماعي" والمدركات والتصورات التي تحدد الصورة المثالية للشخص الذي يود أن يكون "مفهوم الذات المثالي".

يعرف ليو(Leo)، (2008) مفهوم الذات على أنه " مجموعه من التصورات حول أنفسنا، فهو الطريقة التي ننظر بها الى أنفسنا من خلال علاقاتنا بالآخرين، ويتضح هذا المفهوم لدينا من خلال اتصالنا بالآخرين، ومن خلال إمدادنا بالتغذية الراجعة منهم، وإنها المدركات التي تجعلنا نحس بالسعادة وتخفض لدينا مفهوم الوحدة النفسية".

ويرى كروجر(Krueger, 2008) أن مفهوم الذات يتضمن التعبير عن الذات، فالسلوك الاجتماعي له دلالة قوية مع الذات، كما أنه يرتبط بها ايجابياً، كما أن تعبيرات الوجه تعبر دائماً عن مفهوم الذات الحقيقي، فمفهوم الذات الحقيقي يندرج تحت التفاعل الاجتماعي بين الأطفال ومن يحيطون بهم.

تعرف الذات تبعاً لمجموعة قيم تناسب شخصناً وسلوكياتنا الخاص. وعادة ما نتوقع أشياء مرضية من أنفسنا ونتوقع أن نتصرف بطرق تعجب الجميع. ونكون دائماً على استعداد للدفاع عن تقييم أنفسنا، ونصبح عدائيين أو نبدي معالجات دفاعية أخرى عن أنفسنا عندما يهددها شيء ما (واطسون، جرين، 2004، 405).

ويُعتبر مفهوم الذات مؤشراً لسمات الشخصية والسلوك الإنساني، بل هو أساس يصلح للتنبؤ بما يمكن أن تكون عليه حياة الطفل في المستقبل (رمزية الغريب، 1982، 6).

وهناك ثلاثة عوامل وفقاً لكوبر سميث أساسية تساهم بشكل كبير في بناء تقدير الذات عند الطفل وهي:

- أن يشعر بالمحبة والتقبل في السنوات العمرية الأولى من حياته وفي مختلف مراحل نموه بشكل غير مشروط.
- أن تكون عند الأسرة قوانين حياتية جيدة ومحددة ويتم تطبيقها بشكل متكامل ومقبول.
- أن تظهر الأسرة لأطفالها الاحترام البين من لحظة ميلادهم وطيلة أيام حياتهم، وإذا توفرت هذه العوامل، فإن الأطفال يبدءون بتكوين اتجاهاتهم عن ذواتهم بشكل إيجابي يقوم على أساس شعورهم بأهميتهم. فتتشكل لديهم بذور الثقة بالنفس والرغبة في تقدير ذواتهم. وأما إذا لم تتوفر هذه العوامل لهم فإنهم سيميلون الى الشعور بأنهم أشخاص غير مرغوب فيهم، وأنهم أقل أهمية من غيرهم (عبد الكريم قاسم، 2004، 49).

وتتكون لدى الأطفال الذين ينشأون في ظل ظروف الفقر والحرمان أو مثل هذه الظروف غير الملائمة التي تسود عادة في البيئات والأوساط الفقيرة مشاعر الدونية تجاه أنفسهم، وهي مشاعر تنتج بصورة متكررة عن الخبرات المدرسية غير المرضية التي تجسد أمام هؤلاء الأطفال جوانب الضعف والقصور لديهم بشكل دائم (فتحي عبد الرحيم، 1981، 109).

مفهوم الذات لدى الأفراد التوحديين

الأطفال غير الناضجين من التوحديين لديهم تمثيلات ذهنية دقيقة فيما يتعلق بمفهومهم جسمهم الخاص (الذات الجسمية) (Hobson, 1990, Loveland، (1993.

وانتهت دراسة أنثوني و هوبسون(Anthony & Hobson, 1998) إلى أن التوحديين ليست لديهم القدرة على الإدلاء بأية معلومات عن ذواتهم للإخصائيين النفسيين، وأنه لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب المجموعتين التوحديين والمتخلفين عقلياً من حيث التعبير اللفظي عن ذواتهم ومشاعرهم أي أن مفهوم الذات لدى التوحديين يشبه مفهوم المتخلفين عقلياً.

وفحصت دراسة هريت Heriot)، (2007 العلاقة بين الكفاءة الاجتماعية ومفهوم الذات لدى الأطفال التوحديين، وتكونت عينة الدراسة من 17 طفلاً من التوحديين في عمر يتراوح ما بين 7-13 عاماً، وتوصلت نتائج الدراسة الى وجود علاقة سالبة بين الكفاءة الاجتماعية ومفهوم الذات.

وانتهت نتائج دراسة لوبيز Lopez،(2008) الى وجود علاقة ارتباطيه بين الانطواء ومفهوم الذات لدى الأطفال التوحديين.

ويشير شاتك وبول (Shattuck& Paul 2008) الى أن السلوك التكيفي للأطفال التوحديين يرتبط الى حد كبير بمفهوم الذات، فكلما ارتفع سلوكهم التوافقي والتكيفي كلما ارتفع مفهومهم عن ذواتهم. ويرتبط أيضاً الى حد كبير بقدرات التوحدي العقلية، وكذلك يرتبط بمعاملة الوالدين، والمستوى الثقافي الاجتماعي للأسرة.

حاجات التوحديين Needs

تعريف الحاجة: إنها الشعور بالاحتياج أو العوز الى شيء ما، بحيث يدفع هذا الشعور الكائن الحي الى الحصول على ما يفتقد إليه. والحاجة شيء ضروري إما لاستقرار الحياة نفسها (حاجة فسيولوجية) كالحاجة الى الهواء والماء والطعام ودرجة الحرارة المناسبة والراحة والنوم، أو للحياة بأسلوب أفضل (حاجة نفسية) (نبيلة الشوربجي، 2007،141).

يمكن تناول أهم الحاجات على النحو التالي:

1. **الحاجات الفسيولوجية:** يحتاج الجسم للحفاظ على حياة الكائن الحي، واستمرار بقائه أن تقوم أجهزته وأعضاؤه بوظائف الحياة المختلفة، ويتطلب قيام تلك الأجهزة بتلك الوظائف الحيوية تركيزاً معيناً لبعض المواد في سوائل الجسم، ويؤدي نشاط تلك الأجهزة وقيامها بتلك الوظائف الى نقص في تركيز بعض تلك المواد، وزيادة في تركيز بعضها الآخر، وإذا ما تعدى التغير في تلك التركيزات نطاقاً معيناً يختل الاتزان الطبيعي لتلك السوائل، وتنشأ حالة توتر تستثير الحاجة الى استعادة الاتزان بتعويض العناصر أو المواد التي تناقص تركيزها (سيد خير الله، 1981، 290).

2. **الحاجة الى الأمن:** وهي من أهم الحاجات الانفعالية التي تعني شعور الطفل بأنه محبوب ومتقبل من الآخرين، ويعاملونه بدفء ومودة، له مكان بينهم يشعر بالانتماء إليهم، ويدرك أن بيئته صديقة ودودة غير محبطة يشعر فيها بندرة الخطر، لأن فقدان الشعور بالأمن عند الأطفال يؤدي الى سوء التوافق النفسي والاجتماعي (محمود عطا ، 1419، 253 -254).

3. **الحاجة الى الانتماء:** وهي حاجة أساسية تنبع من طبيعة الإنسان بوصفة مخلوقاً اجتماعياً بفطرته، مما يجعله في حاجة دائمة الى وسط اجتماعي تتوفر فيه جوانب العلاقات والارتباطات الاجتماعية، ويتوفر هذا الجو للطفل الذي يعيش مع أسرته، ويشعر بأنه جزء لا يتجزأ من تلك الأسرة، وتتسع علاقات الطفل مع الآخرين في البيئة التي يعيش فيها (رمضان القذافي، 1994، 86).

ومع استمرار نمو الطفل تتسع دائرته الاجتماعية التي يتحرك فيها حتى أنه بمرور الوقت يستطيع أن يتفهم ما يجري في عالم الكبار ويشرع في تكوين صداقات جديدة، ويمكنه أيضاً أن يتفهم بعض المعاني الاجتماعية كالتعاون والتنافس، فكلما تقدم به العمر يزداد هذا الشعور رسوخاً، وبالتفاعل المتبادل مع أبويه يرى أنه ينتمي أيضاً الى آباء آخرين كأعمامه وأخواله أو الى أصدقاء الوالدين، وقد تتاح للطفل الفرص للاحتكاك بالأطفال الآخرين من أقرباء وأصدقاء، ونتيجة للعلاقات الدافئة الحانية بين الطفل وأمه فإنه يتقبل الكائنات الإنسانية الأخرى تقبلاً يتسم بالثقة، ثم يتعلم كيف يكون ودوداً نحو الآخرين (نبيلة الشوربجي، 2007، 149-150).

4. **الحاجة الى التقدير الاجتماعي:** يشعر الإنسان بتقدير الآخرين واستحسانهم له في تعبيرهم عن إعجابهم بأعماله وإنتاجه، وتقديرهم لتفوقه، وثنائهم على نجاحه، فالطفل يدرك تقدير والديه لعمله وإنتاجه عندما يستحسنان تصرفاته، أما حرمان الشخص من تقدير الآخرين فيشعره بعدم التقبل والدونية (كمال مرسي، محمد عودة، 1986).

هذا وتساعد جرعات الثقة المعقولة والمتوازنة بالنفس التي يتلقاها الفرد خلال تنشئته في الأسرة الى رفع مستوى طموحه، والى الاجتهاد والمثابرة في دراسته،

فينعكس ذلك على عمله بعد تخرجه ونجاحه كشاب في مقتبل حياته (نبيلة الشوربجي، 2007، 152).

5. **الحاجة الى الحب والعطف:** وتُعد الحاجة الى الحب والمحبة من أهم الحاجات التي يسعى الطفل الى إشباعها، فهو يحتاج الى أن يشعر أنه محب ومحبوب، وهو يحتاج الى الصداقة والحنان، والطفل الذي لا يشبع هذه الحاجة الى الحب والمحبة، فإنه يعاني من الجوع العاطفي، ويشعر أنه غير مرغوب فيه، ويصبح سيء التوافق ومضطرباً نفسياً (حامد زهران، 1977، 267).

الحاجات لدى الأفراد التوحديين

- الأفراد التوحديون في حاجة لتلبية احتياجاتهم الفسيولوجية كالأطفال العاديين.
- يحتاجون الى الرعاية والحنان والحب والاهتمام من قبل أسرهم والمجتمع.
- هم في حاجة الى التشخيص المبكر لتحديد أوجه القصور وإتاحة الفرص المناسبة للتدخل المبكر.
- هم في حاجة الى العلاج الطبي المتخصص للقصور السمعي والبصري، وعلاج الأمراض التي تصيب الأطفال التوحديين مثل نوبات الصرع، فقد أسفرت نتائج دراسة بولت وآخرين (Boulet et al., 2009) عن أن 44٪ من الأطفال التوحديين في الأعمار ما بين 3–17 سنة في حاجة الى خدمات طبية، و 54.8٪ في حاجة الى خدمات نفسية، و60.5٪ في حاجة الى زيارة الأطباء، و 87.1٪ في حاجة الى خدمات تعليمية متخصصة. وهم في حاجة كذلك الى الطوارئ، والعلاج الطبي المتخصص أكثر من الأطفال غير التوحديين(Gurney et al., 2006).
- انتهت نتائج دراسة كاسدي وآخرين (Cassidy et al., 2008) إلى أن التوحديين في مرحلة ما قبل المدرسة في حاجة الى زيارة الإخصائيين بنسبة 4.4٪.
- هم في حاجة الى برامج مكثفة تُعنى بجوانب القصور الحسية الحركية.
- هم في حاجة للتدريب على مهارات رعاية الذات، والمشكلات الناتجة عن القصور البدني (Larson, 1998) .

- هم في حاجة لتدريبات مكثفة لاضطرابات الصوت والنطق، وتحسين عملية الكلام والمبادأة في الحديث، وتدريبات على اللغة الاستقبالية والتعبيرية وهما معاً.
- هم في حاجة للتدريب على المصاداة المخففة، وبرامج تدريبية في اضطرابات النوم، والأكل، والإخراج، وتقليص العدوان على الذات.
- هم في حاجة لتدريبات تحسن مستوى المهارات الاجتماعية، وتحسين الكفاءة الاجتماعية، وإجراء تدريبات في اللعب تكون موجهة لتحسين التفاعل الاجتماعي، والتقليل من النشاط الزائد.
- يحتاجون الى تدريبات مكثفة لعمليات الانتباه، والإدراك، وتحسين عمليات التذكر بأنواعها المختلفة.
- الأطفال التوحديون في حاجة الى مساندات تعليمية مستمرة، وإلى توفر كوادر متخصصة قادرة على تدريبهم. ويوجد في الولايات المتحدة الأمريكية 17٪ من الأطفال صغار السن من ذوي الاحتياجات الخاصة يحتاجون الى خدمات طبية وتعليمية ومالية طوال حياتهم (Centers for Disease Control,2006).
- كما يحتاجون الى توفر بيئة غنية بالأنشطة المختلفة التي تنمي الجوانب البصرية والسمعية.
- تقليص نظرة العاديين للتوحديين مما يُسهل دمجهما معاً.

التقمص الوجداني Empathy

يعرف دافيز (Davis, 1983) التقمص الوجداني على أنه "ردود فعل الفرد للخبرات الملاحظة للآخر.

يواجه التوحديون صعوبة في فهم مشاعر وأفكار الآخرين، وبالتالي فإنهم يفتقرون الى التقمص الوجداني أو الانفعالي أي القدرة على استشعار ما يحس به الغير، وهذا يجعل من السهل على التوحدي أن يصبح أنانياً. وإذا لم يتم وضع ضوابط خارجية على ميله لفرض سلوكياته على أسرته، فإنه قد يتحول الى طاغية (سعد رياض، 2008، 60).

لقد أشار بارون كوهين ويل رايـت (Baron-Cohen et al., 2004) الى أن 81٪ من الراشدين التوحديين من ذوي الأداء الوظيفي العـالي سـجلوا 30 درجـة أو أقـل على مقياس التقمص الوجداني بينما 12٪ فقط من العاديين يقعون داخل هذا المـدى ويرى الباحثان أن الدرجة المرتفعة على مقياس التقمص الوجداني ترجع الى عجـز في تقارير التوحديين الذاتية العصابية.

أكثر ما يوصـف بـه الأشـخاص التوحـديون أنهـم يفتقـرون الى جميـع أشـكال التقمص العاطفي. وأنهـم في أكثـر الحـالات لا يبـالون بأحاسيس الآخـرين، وقلمـا يعرضون المواساة أو المساعدة على غيرهم. وهذا نتيجة تجربة لفحص مشاعر التقمص لدى أطفال توحديين صغار (وفاء الشامي، 2004، 119).

أبعاد الشخصية لدى التوحديين

لقد طبق (Garcia, 2003) اختبار مقيـاس الشخـصية متعـدد الأوجـه MMPI على 20 شخصا راشدا توحديا مقارنة بعينـة مـن العـاديين مـن خـلال الاسـتجابات المزودة من قبل أمهاتهم وبلغت نسبة ذكاء التوحديين من 85 فـأعلى. وانتهـت نتـائج الدراسة الى أن الراشدين التوحديين مقارنـة بالراشـدين العـاديين يـسجلون درجـات مرتفعة علـى مقيـاس الكـذب ومقياسـين آخـرين همـا مقيـاس الاكتئـاب، ومقيـاس الانطواء الاجتماعي.

لقد أوضح (Ozonoff et al., 2005) أن التوحديين عموما يتحـدثون بـصراحة على نحو مستقيم والدرجات المرتفعة على مقياس الكذب تفـسر في ضـوء خـصائص التوحديين حيث يميلون الى إظهار درجات مرتفعة من الجمود ولديهم استبصار محدود فيما يتعلق بكيف تؤثر سلوكياتهم على الآخرين.

وأظهـرت نتـائج دراسـة Graham)،(1993 أن التوحـديين المكتـئبين يظهـرون اتجاهات تشاؤمية وانخفاضا في تقدير الذات وصعوبات جمة في التعامل مع المـشكلات المرتبطة بمقياس الاكتئاب، ولديهم دافعية منخفضة للتفاعل اجتماعيـاً. وقـد وجـد أن الانطواء الاجتماعي لديهم مرتفع.

ويتكون نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية من العصابية Neuroticism وتشتمل على السمات التالية: القلق، الغضب العدائي، الاكتئـاب، الـشعور بالـذات،

الاندفاعية، القابلية للجرح أو للانجراح. الانبساطية Extraversion وتشتمل على السمات التالية: الدفء، الاجتماعية، التوكيدية، النشاط، البحث عن الإثارة، الانفعالات الإيجابية. والانفتاح على الخبرة Openness وتشتمل على السمات التالية: الخيال، الجمال، المشاعر، الأحداث أو الأفعال، الأفكار، القيم . المقبولية Agreeablenessوتشتمل على السمات التالية: الثقة، الاستقامة، الإيثار، الامتثال أو القبول، التواضع، اعتدال الرأي(Costa & McCare .(2000, 3)، ويقظة الضمير Conscientiousness وتشتمل في ضوء ما أشارت إليه نتائج دراسة روبرتس وشيرنشينكو وستار وجولدبيج Roberts)، Chernyshenko، Stark & Goldberg ، 2005) على الانتظام، الاجتهاد، القدرة على ضبط النفس، تحمل المسئولية، التمسك بالفضيلة.

وفي ضوء هذا الطرح فقد أسفرت نتائج دراسة ترول وآخرين (Trull et al, 1995) عن ارتفاع الدرجات على مقياس العصابية والذي ارتبط ايجابيا بالطابع الفصامي، والاضطراب الوسواسي القهري، والشخصية التجنبية، أما الانبساطية فارتبطت ارتباطاً سالباً مع الأعراض التجنبية شبه الفصامية، والانفتاح يكون مرتبطا باضطراب الشخصية شبة الفصامية، أما المقبولية فارتبطت سلباً بأعراض الشخصية المضادة للمجتمع، الوسواسيية القهرية، وشبه الفصامية. أما يقظة الضمير المنخفض فارتبط بأعراض الشخصية المضادة للمجتمع.

المراجع

أولاً: المراجع العربية

- الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج (2010). **التوحد السمات والعلاج**.الاردن: دار وائل للطباعة والنشر.
- الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج (2007). **اضطرابات الكلام والنطق، التشخيص والعلاج**. الاردن: دار الفكر.
- الخالدي، أحمد أرشيد (2008). **أهمية اللعب في حياة الأطفال الطبيعيين وذوي الاحتياجات الخاصة**. الاردن:المعتز للنشر والتوزيع.
- عبد الخالق، أحمد (1997). **فقدان الشهية العصبي**. الكويت، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي: إدارة التأليف والترجمة والنشر.
- عبد الخالق، أحمد (2001). سلوك النوم وعاداته لدى المراهقين الكويتيين. **مجلة دراسات نفسية**، المجلد 11، ع1، 3-28.
- عبد الخالق، أحمد (1994). الدارسة التطورية للقلق، **حوليات كلية الآداب**، الكويت، الحولية الرابعة عشر، الرسالة التسعوية.
- حماد، أحمد عبد الرحمن (1985). **العلاقة بين اللغة والفكر. دراسة للعلاقة اللزومية بين الفكر واللغة**: مصر: دار المعرفة الجامعية.
- راجح، أحمد عزت (2009). **أصول علم النفس**.الاردن دار الفكر.
- عكاشة، أحمد (1993). **علم النفس الفسيولوجي**. ط2. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عكاشة، أحمد (2003). **الطب النفسي المعاصر**. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

- المعتوق، أحمد محمد (1996). **الحصيلة اللغوية، أهميتها – مصادرها – وسائل تنميتها**. سلسلة عالم المعرفة، العدد 212، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- عبد الخالق، أحمد محمد (2002). **الوسواس القهري: التشخيص والعلاج**. الكويت: مجلس النشر العلمي للكويت.
- الخالدي، أديب محمد (2006). **مرجع في علم النفس الإكلينيكي**. عمان. الأردن: دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع.
- البطانية، أسامة محمد، عبد الناصر دياب الجراح، مأمون محمود غوانمة (2011). **علم نفس الطفل غير العادي**. الاردن: دار المسيرة.
- باظة، أمال عبد السميع (2003). **الأطفال المراهقون المعرضون للخطر**. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الدوة، أمل محمود السيد محمود (2003). **النشاط النيوروسيكولوجى للمخ المرتبط بالانتباه لدى الأفراد زائدى النشاط منخفضي التحصيل الدراسي**، رسالة دكتوراه، غير منشورة، كلية التربية بالعريش، جامعة قناة السويس.
- سكستون، آن (2004). **إيذاء الذات**. ترجمة: حسن مصطفى عبد المعطي. مصر: دار السحاب للنشر والتوزيع.63349570 تليفونها
- أندرسون (2007). **علم النفس المعرفي وتطبيقاته**. ترجمة: محمد صبري سليط، رضا مسعد الجمال، الاردن، دار الفكر.
- الشرقاوي، أنور (1992). **علم النفس المعرفي المعاصر**. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- بطرس، بطرس حافظ (2010). المشكلات النفسية وعلاجها. الاردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- بطرس، بطرس حافظ (2010). **إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم**. الاردن: دار المسيرة.
- تيرنر (1992). **النمو المعرفي بين النظرية والتطبيق**. ترجمة: عادل عبد الله، مصر، الدار الشرقية.

- غباري، ثائر أحمد، خالد محمد أبو شعيرة (2010). **سيكولوجيا النمو الإنساني بين الطفولة والمراهقة.** الاردن: مكتبة المجمع العربي للنشر والتوزيع.
- يوسف، جمعة سيد (1990). **سيكولوجية اللغة والمرض العقلي.** سلسلة عالم المعرفة العدد(145)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- يوسف، جمعة سيد (2000).**الاضطرابات السلوكية وعلاجها.** مصر: دار غريب للطباعة والنشر.
- يوسف، جمعة سيد (2001). **النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية، مراجعة نقدية.** القاهرة: دار غريب.
- الصمادي، جميل محمود (1999). **الإرشاد النفسي للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم.** ندوة الإرشاد النفسي والمهني من اجل نوعية أفضل لحياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة. جامعة الخليج العربي بالتعاون مع الجمعية العُمانية المعوقين، (مسقط، عمان، 19- 21 ابريل) 95-115.
- روتر، جوليان (1989). **علم النفس الإكلينيكي.** ترجمة: محمود هنا، مصر: دار الشروق، ط3.
- زهران، حامد (2009). **علم نفس النمو.** مصر: عالم الكتب.
- زهران، حامد (2007). **الصحة النفسية والعلاج النفسي.** مصر: عالم الكتب.
- باشا، حسان شمسي (1993). **النوم والأرق والأحلام بين الطب والقرآن.** السعودية: دار المنارة للنشر والتوزيع.
- عبد المعطي، حسن مصطفى (2003). **الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة.** مصر: دار القاهرة.
- عبد المعطي، حسن مصطفى، السيد عبد الحميد أبو قلة (2007). **مدخل الى التربية الخاصة.** مصر: مكتبة زهراء الشرق.
- عبد المعطي، حسن مصطفى، هدى قناوي (2000). **علم نفس النمو.** مصر، دار قباء للطباعة والنشر.

- فايد، حسين (2003). **الاضطرابات السلوكية**. مصر: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
- السيد، خالد عبد الرازق (2003). **سيكولوجية اللعب لدى الأطفال العاديين والمعوقين**. الاردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- معوض، خليل ميخائيل (1994). **القدرات العقلية**. مصر: دار الفكر الجامعي.
- دافيد موزلي، بومفيلد، اليوت، جرجسون، هيجينز، ميللر، نيوتن (2008). **أطر التفكير ونظرياته، دليل للتدريس والتعلم والبحث**. تعريب: جابر عبد الحميد، الاردن، دار المسيرة.
- دافيد. شيهان (1988). **مرض القلق**. سلسلة عالم المعرفة، العدد 124، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- تشايلد، دينيس (1983). **علم النفس والمعلم**. ترجمة: عبد الحليم محمود، زين العابدين درويش، عبد العزيز الدريني، مراجعة: عبد العزيز القوصي. مصر: مؤسسة الأهرام.
- العبادي، رائد خليل (2006). **التوحد**. الاردن: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
- خان، رشيد الدين (1979).**العنف والتنمية الاجتماعية والاقتصادية**. ترجمة: راشد البراوي، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، العدد السابع والثلاثون، السنة العاشرة عدد خاص عن العنف، 130 -154.
- القذافي، رمضان محمد (1994). **سيكولوجية الإعاقة**. ليبيا: مطبوعات الجامعة المفتوحة.
- القذافي، رمضان محمد (1995). **علم نفس النمو، الطفولة والمراهقة**. ليبيا: مطبوعات الجامعة المفتوحة.
- سولسو، روبرت (2000).**علم النفس المعرفي**. ترجمة: محمد الصبوة، مصطفى كامل، ومحمد الحسانين. الكويت: شركة دار العربي.

- روبـرت كوجـل، لـن كوجـل (2003). **تـدريس الأطفـال المـصابين بالتوحـد اسـتراتيجيات التفاعـل الايجابيـة وتحـسين فـرص الـتعلم**. ترجمـة: عبـد العزيـز السرطاوي، وائل أبو جودة، أيمن خشان. الامارات: دار القلم للنشر والتوزيع.
- روبرت واطسون، هنري كلاي ليند جرين (2004). **سيكولوجية الطفل والمراهق**. ترجمة: فرج أحمد فرج، داليا عزت مؤمن. مراجعـة: محمـد عـزت مـؤمن، مـصر: مكتبة مدبولي.
- ريتشارد.م.سوين (1979).**علم الأمـراض النفـسية والعقليـة**. ترجمـة: أحمـد عبـد العزيز سلامه، مصر: دار النهضة العربية.
- الشربيني، زكريا (2002). **المـشكلات النفـسية عنـد الأطفـال**. مـصر: دار الفكـر العربي.
- الـشربيني، زكريـا (2004). **طفـل خـاص بـين الإعاقـات والمتلازمـات، تعريـف وتشخيص**. مصر: دار الفكر العربي.
- شقير، زينب (1999). **كيف نربي أبنائنا (الجنين- الطفل- المراهق)**. مصر: مكتبة النهضة المصرية.
- شقير، زينب (2002). **احذر اضطرابات الأكل**. مصر: مكتبة النهضة المصرية.
- شقير، زينب (2002). **سلسلة الأمراض السيكوسوماتية احذر اضطرابات الأكـل فقدان الشهية العصبي (الانوركسيا)الشره العصبي(البوليميا) السمنة(الاوبـستى)**. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- شقير، زينب محمود (1999). **سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين، الـسمات – صعوبات التعلم– التعليم – التأهيل – الدمج**. مصر، النهضة المصرية.
- شـقير، زينـب محمـود (2005). **الاكتـشاف المبكـر والتـشخيص التكـاملي لغـير العاديين**. مصر، مكتبة النهضة المصرية.
- رضوان، سامر جميل (2007). **الصحة النفسية**. الاردن: دار المسيرة.

- القوي، سامي عبد (1995). **علم النفس الفسيولوجي**. ط2، مصر: النهضة المصرية.
- سبيلبيرجر، جورستش، لوشين، فاج، جاكوبز (1992). **دليل تعليمات القلق (الحالة والسمة)**، ط2، تعريب وإعداد: أحمد عبد الخالق. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- سليمان، السر أحمد (2009). **مقدمة في علم نفس النمو**. السعودية: مكتبة الرشد.
- سبيني، سرجيو (1991). **التربية اللغوية للطفل**. ترجمة:فوزي عيسي، عبد الفتاح حسن، مراجعة وتقديم: كاميليا عبد الفتاح. مصر: دار الفكر العربي.
- سرجيون انجلش، جيرالد بيرسون (1980). **مشكلات الحياة الانفعالية**. ترجمة: فاروق عبد القادر وآخرون، إشراف مختار حمزة. مصر: دار الثقافة الإنسانية للنشر.
- المغربي، سعد (1987). **في سيكولوجية العدوان والعنف**. مجلة علم النفس، العدد الأول، مصر: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- جلال، سعد (1985). **الطفولة والمراهقة**. مصر: دار الفكر العربي.
- رياض، سعد (2008). **الطفل التوحدي أسرار الطفل التوحدي وكيف نتعامل معه**.مصر: دار النشر للجامعات.
- بهادر، سعدية (1994). **في علم نفس النمو**. الطبعة العاشرة. مصر: مطبعة مدني.
- بهادر، سعدية (2011). **المرجع في تربية أطفال ما قبل المدرسة**.الاردن دار المسيرة.
- العزة، سعيد حسني (2002-أ).**المدخل الى التربية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة**.الاردن: الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.
- العزة، سعيد حسني (2002-ب). **التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية**. الاردن: الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.
- بقيون، سمير (2007). **الطب النفسي**. الاردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- السعدي، سميرة عبد اللطيف (2001). **معاناتي والتوحد**.ط3. الكويت، منشورات ذات السلاسل.

- مجيد، سوسن شاكر (2008). **مشكلات الأطفال النفسية والأساليب الإرشادية لمعالجتها**. الاردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- مجيد، سوسن شاكر (2009). **علم نفس النمو الطفل**.الاردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- خير الله، سيد (1981). **علم النفس التربوي، أسسه النظرية والتجريبية**. مصر: دار النهضة العربية.
- صبحي، سيد (2003). **الإنسان وصحته النفسية**. مصر: الدار المصرية اللبنانية.
- السيد عبد الحميد سليمان ، محمد قاسم عبد الله(2003). **الدليل التشخيصي للتوحديين**. دار الفكر العربي.
- أحمد، السيد علي سيد، بدر، فائقة أحمد (1999). **اضطرابات الانتباه لدى الأطفال: أسبابه وتشخيصه وعلاجه**. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الطواب، سيد محمود (1993). **سيكولوجية النمو الإنساني**. مصر: الأنجلو المصرية.
- قنديل، شاكر (2000). إعاقة التوحد طبيعتها وخصائصها. **المؤتمر السنوي لكلية التربية**، جامعة المنصورة، 45-100.
- علاونه، شفيق فلاح (2004). **سيكولوجية التطور الإنساني من الطفولة الى الرشد**.الاردن: دار المسيرة.
- شيفر وملمان (2006). **سيكولوجية الطفولة والمراهقة: مشكلاتها وأسبابها وطرق حلها**. ترجمة سعيد حسنى العزة، الاردن: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- الداهري، صلاح حسن (2005). **مبادئ الصحة النفسية**. الاردن: دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع.
- عامر، طارق (2008). **الطفل التوحدي**. الاردن: دار اليازوري.
- حسين، طه عبد العظيم (2007). **إدارة الغضب والعدوان**. الاردن: دار الفكر.

- محمد، عادل عبد الله (1999). **دراسات في سيكولوجية نمو طفل الروضة**. مصر: دار الرشاد.
- عوض، عباس محمود (1984). **الموجز في الصحة النفسية**. مصر: دار المعرفة الجامعية.
- عوض، عباس محمود (ب ت). **علم النفس العام**. مصر: دار المعرفة الجامعية.
- محمود، عبد الحليم، عبد الحميد، شاكر، الصبوة، محمد نجيب، يوسف، جمعة، خليفة، عبد اللطيف، سيد، معتز، الغباشي، سهير (1997). **علم النفس العام**. مصر: مكتبة غريب
- العيسوي، عبد الرحمن (2004). **كيفية التمتع بالصحة النفسية**. لبنان: دار النهضة العربية.
- بخيت / عبد الرحيم (1999). **الطفل التوحدي (الذاتي -الاجتراري القياس والتشخيص الفارق)** جامعة عين شمس، مركز الإرشاد النفسي، المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي (جودة الحياة). نوفمبر.
- إبراهيم، عبد الستار (1985). **الإنسان وعلم النفس**. سلسلة عالم المعرفة، العدد 86، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- إبراهيم، عبد الستار (1998). **الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليب علاجه**. سلسلة عالم المعرفة، العدد(239)، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- إبراهيم، عبد الستار، عسكر، عبد الله (1999). **علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي**، ط2. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الشخص، عبد العزيز، الدماطي، عبد الغفار (1992). **قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير الأسوياء**. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الشخص، عبد العزيز (1997). **اضطرابات النطق والكلام، خلفيتها، تشخيصها، أنواعها، علاجها**. السعودية: مكتبة الصفحات الذهبية.

- الحجاوي، عبد الكريم (2004). **موسوعة الطب النفسي**.الاردن: دار أسامة للنشر والتوزيع.
- أبو الخير، عبد الكريم قاسم (2004). **النمو من الحمل الى المراهقة**. الاردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
- عثمان، عبد اللطيف موسى (1985). **أسرار المخ والأعصاب**.كتاب اليوم الطبي: أخبار اليوم.
- القريطي، عبد المطلب (2001). **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم**. مصر، دار الفكر العربي.
- الحفني، عبد المنعم (1994). **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**. مصر: مكتبة مدبولي.
- الحفني، عبد المنعم (1987). **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**. مصر، مكتبة مدبولي.
- الحفني، عبد المنعم (1995). **موسوعة الطب النفسي**، مصر، دار النهضة المصرية.
- فراج، عثمان (1994). **إعاقة التوحد أو الاجترار**. النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، ديسمبر، العدد (40)، 2-8.
- فراج، عثمان (1995). **إعاقة التوحد أو الاجترار**، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، ديسمبر، العدد (41)، 2-8.
- فراج، عثمان لبيب (2002). **الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة**.مصر: المجلس العربي للطفولة والتنمية.
- كفافي، علاء الدين (2005). **الصحة النفسية والإرشاد النفسي**. السعودية: دار النشر الدولي.
- كفافي، علاء الدين، النيال، مايسة (1997). **الغضب في علاقته ببعض متغيرات الشخصية**. دراسة لدى شرائح عمرية مختلفة في المجتمع المصري والقطري. مصر: مجلة الإرشاد النفسي، العدد 26.

- وافي، علي عبد الواحد (1980). **نشأة اللغة عند الإنسان والطفل**. مصر: دار نهضة مصر للطباعة والنشر.
- مخيمر، عماد، محمد، هبه (2006). **المشكلات النفسية للأطفال بين عوامل الخطورة وطرق الوقاية والعلاج**. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- أبو حطب، فؤاد، أمال صادق (1995). **نمو الإنسان من مرحلة الجنين الى مرحلة المسنين**. ط3، مصر، مكتبة الأنجلو المصرية.
- السيد، فؤاد البهي (1997). **الأسس النفسية للنمو من الطفولة الى الشيخوخة**. مصر: دار الفكر العربي.
- الروسان، فاروق (2011). **سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة)**، الاردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- الزيات، فتحي مصطفى (1995). **الأسس المعرفية للتكوين العقلي وتجهيز المعلومات**. مصر: دار الوفاء للطباعة والنشر والتوزيع.
- الزيات، فتحي مصطفى (1998). **صعوبات التعلم الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية**. مصر، دار النشر للجامعات.
- طه، فرج وآخرون (1993). **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**. مصر: دار سعاد الصباح.
- فرويد (1983). **الكف والعرض والقلق**. ترجمة: محمد عثمان نجاتي. مصر: دار شروق.
- المغلوث، فهد بن حمد (1423). **التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه**. منشورات مؤسسة الملك خالد الخيرية.
- الزراد، فيصل محمد (1990). **اللغة واضطرابات النطق والكلام**. السعودية: دار المريخ للنشر.
- كالفن س، هول، جاردنر (1978): "**نظريات الشخصية**". ترجمة فرج أحمد فرج، لطفي فطيم، ط2، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

- مايلز، كريستين (1992). **الطفل المعاق عقلياً وأسلوب التعامل معه**. ترجمة: ليلي أبو شعر، مراجعة:حسين صلاح الدين. سوريا: جمعية المحبة.
- بدير،كريمان (2010). **الأسس النفسية لنمو الطفل**. الاردن: دار المسيرة.
- فهيم، كلير (1993). **الاضطرابات النفسية للأطفال**. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- سيسالم، كمال سالم (1988). **الفروق الفردية لدى العاديين وغير العاديين**. السعودية: مكتبة الصفحات الذهبية.
- عسلية، كوثر حسن (2006).**التوحد**. الاردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- كوفيل، تيموثي د. كوستيللو، فابيان ل. روك (1986). **الأمراض النفسية**. ترجمة: محمود الزيادي، جامعة عين شمس، مكتبة سعيد رأفت.
- الشربيني، لطفي (2001). **الاكتئاب. الأسباب والمرض والعلاج**. لبنان: دار النهضة العربية.
- دافيدوف، لندا. (1997). **مدخل علم النفس**. ترجمة: سيد الطواب، محمود عمر، نجيب خزام، مراجعة وتقديم: فؤاد أبو حطب، مصر: الدار الدولية للنشر والتوزيع.
- مليكة، لويس كامل (1998) **تعديل سلوك المعاق عقلياً دليل الوالدين والمعلم**. مصر: مطبعة فيكتور كيرلس.
- ماريني ميركولينو، توماس ج.باور، ناثن ج.بلوم (2003).**اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة، دليل عملي للعياديين**. ترجمة: عبد العزيز السرطاوي، أيمن خشان، الامارات، دار القلم.
- الدسوقي، مجدي (2006). **اضطرابات النوم. الأسباب – التشخيص – الوقاية والعلاج**. مصر: الانجلو المصرية.
- محمود، مجدي حسن (1989). **خصائص مرتكبي السلوك الإجرامي دراسة سيكولوجية**. مجلة علم النفس، العدد التاسع، الهيئة المصرية العامة للكتاب، 19-28.

- سعفان، محمد أحمد إبراهيم (2003). **دراسات في علم النفس والصحة النفسية: اضطراب انفعال الغضب الخلفية النظرية(التشخيص - العلاج)**. مصر: دار الكتاب الحديث.
- الخاني، محمد أحمد الفضل (2006). **المرشد الى فحص المريض النفساني**. لبنان: منشورات الحلبي الحقوقية.
- صوالحة، محمد أحمد 2011). **علم نفس اللعب**. الاردن: دار المسيرة.
- غالي،محمد أحمد، رجاء أبو علم(1974). **القلق وأمراض الجسم**. سوريا. مؤسسة الحلبوني.
- عبد الرحمن، محمد السيد (1998). المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب واليأس لدى الأطفال. في: محمد السيد عبد الرحمن: **دراسات في الصحة النفسية**، الجزء الثاني، مصر، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد الرحمن، محمد السيد (2000). **علم الأمراض النفسية والعقلية(الأسباب - الأعراض- التشخيص-العلاج)**. مصر: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد الرحمن، محمد السيد (2000-ب). **علم الأمراض النفسية والعقلية(الأسباب - الأعراض- التشخيص-العلاج)**. الكتاب الأول:الجزء الثاني، مصر: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- منصور، محمد جميل (1984) **قراءات في مشكلات الطفولة**. السعودية: تهامة للنشر.
- غانم، محمد حسن (2006). **الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية**. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- حمدان، محمد زياد (2001). **التوحد لدى الأطفال اضطرابه وتشخيصه وعلاجه**.دار التربية الحديثة.
- شعلان، محمد (1979). **الاضطرابات النفسية في الأطفال**. مصر: الجهاز المركزي للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية.

- الفوزان، محمد عبد العزيز (2003). **التوحد، المفهوم والتعليم والتدريب**. السعودية: دار عالم الكتب.
- حسين، محمد عبد المؤمن (1986). **سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم**. مصر: دار الفكر الجامعي.
- كامل، محمد علي (2003). **الأوتيزم (التوحد) الإعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج**. مصر: مركز الإسكندرية للكتاب.
- إسماعيل، محمد عماد الدين (1986). **الأطفال مرآة المجتمع (النمو النفسي الاجتماعي للطفل) في سنواته التكوينية**. سلسلة عالم المعرفة، العدد: 99، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- عودة،محمد، مرسي، كمال (1986). **الصحة النفسية في ضوء علم النفس في الإسلام**. الكويت. دار القلم.
- عبد الله، محمد قاسم (2003) **سيكولوجية الذاكرة، قضايا واتجاهات حديثة**. سلسلة عالم المعرفة، العدد 290: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- الشناوي، محمد محروس (1997). **التخلف العقلي: الأسباب، التشخيص، البرامج**. مصر: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- حمودة، محمود (1993).**الطب النفسي، الطفولة والمراهقة، المشكلات النفسية وعلاجها**. مصر: دار المعارف.
- حمودة، محمود (1991). **الطفولة والمراهقة، المشكلات النفسية والعلاج**. مصر: المطبعة الفنية الحديثة.
- عقل، محمود عطا حسين (1419). **النمو الإنساني: الطفولة والمراهقة**. السعودية: دار الخريجي للنشر والتوزيع.
- حسين، محي الدين أحمد (1987). **التنشئة الأسرية والأبناء الصغار**. مصر، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

- سليم، مريم (2005). **الطفل من الولادة حتى الخمس سنوات**. لبنان: دار النهضة العربية.
- فهمي، مصطفى (1975). **أمراض الكلام**. ط4، مصر: مكتبة مصر.
- حواشين، مفيد، حواشين، زيدان (1996). **النمو البدني عند الطفل**. الاردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- جرجس، ملاك (1993).**مشاكل الأطفال النفسية وكيفية مواجهتها**. مصر. مكتبة المحبة.
- فتح الله، مندور عبد السلام (2008) **تنمية مهارات التفكير الإطار النظري والجانب المعرفي**.السعودية:دار النشر الدولية.
- جمال، منير حسن، منصور، السيد كامل الشربيني (2004): **الفروق التجهيزية في الانتباه الانتقائي والموزع ومكونات الذاكرة العاملة لدى الأطفال المتخلفين عقلياً – مدخل تشخيصي**. مجلة المنهج العلمي والسلوك، العدد الثالث. 189-273.
- مورين آرونز، تيسا جيتنس(2005). **العلاج الأمثل لمرض التوحد المشكلة والحل**. مصر: دار الفاروق للطباعة والنشر والتوزيع.
- الحمداني، موفق (2010). **علم نفس اللغة من منظور معرفي**. الاردن: دار المسيرة.
- زكريا، ميشال (1985). **مباحث في النظرية الألسنية وتعليم اللغة**. لبنان: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- أديب، نادية (1993). **الأطفال المتوحدون، ورشة عمل عن الأوتيزم**. مركز سيتي، 4-39.
- الشوربجي، نبيلة (2007). **المشكلات النفسية للأطفال أسبابها –علاجها**. مصر: دار النهضة العربية
- قطب، نرمين (2007). **برنامج سلوكي لتوظيف الانتباه الانتقائي وأثره في تطوير استجابات التواصل اللفظية وغير اللفظية لعينة من أطفال التوحد**. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.

- هنري ومایر(1992). **ثلاث نظريات في النمو**. ترجمة: هدى قناوي. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- أبو هندي، وائل (2003). **الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي**، سلسلة عالم المعرفة، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، العدد 293.
- الشامي، وفاء علي (2004). **سمات التوحد**. الجمعية الخيرية النسوية: مركز جدة للتوحد.
- القريوتي، يوسف، عبد العزيز السرطاوي، جميل الصمادي (2001). **المدخل الى التربية الخاصة**. الامارات : دار القلم.
- قطامي، يوسف (2000). **نمو الطفل المعرفي واللُغوي**. الاردن: الأهلية للنشر والتوزيع.

ثانيا: المراجع الاجنبية

- Ackerman, B.,(1987). Descriptions: a model of nonstrategic memory development. In: Reese, H., (ed.), **Advances in child development and behavior**. New York: Academic Press, p. 143–83.
- Adamson , L., Backeman , R., & Deckner , D.(2004). The development of symbol-infused joint.**Child Development** , 75(4), 1171-1187.
- Adamson, L. & McArthur, D. (1995). Joint attention, affect, and culture. In Moore, C & Dunham, P. (Eds.), **Joint attention: Its origin and role in development** (pp. 205–221). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Adrien , J., Lenoir , P., Martineau , J.Perrot , A., Hameury , L., Larmande , C., &Sauvage. D.(1993).Blind ratings of early symptoms of autism based upon family home movies.**Journal of the American Academy of Child and and Adolescent Psychiatry** , 32, 617-627
- Alland, A. (1983). **Playing with form**. New York: Columbia University Press.
- Allik, H., Larsson , J., Smedje , L.(2006). Sleep patterns of school age children with A sperger syndrome or high –functioning Autism.**Journal Autism.Dev. Disord** , 36, 585-595.
- Allison , K., & Adlaf , E.(1997). Age and sex differences in physical inactivity among Ontario teenagers ,**Canadian Journal of Public Health** , 88 , 177-180.
- American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**: Text revision (4th ed., rev.) Washington, DC: Author.
- Ando, H.(1977). Training autistic children to urinate in the toilet through operant conditioning techniques. **Journal of Autism And Childhood Schizophrenia** ,7 (2),151-63.
- Ando, H., & Yoshimura, I. (1979). Effects of age on communication skill levels and prevalence of maladaptive behaviors in autistic and mentally retarded children. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 9, 83–93.
- Andrea, S.(2009). **Psychopathology in youngsters with autism spectrum disorders**. PHD unpublished. The Ohio State University.
- Anthony ,L.,& Hobson, H. (1998).On Developing Self-concepts: A Controlled Study of Children and Adolescents with Autism. Journal **of Child Psychology and Psychiatry**, 39 pp.1131-1144.

- Applegate, M. (1967). Relationships of characteristics of children's drawings to chronological and mental age. **Unpublished doctoral dissertation** at University of California at Berkeley, CA.
- Armstrong, E. (2006). School age cognitive and achievement outcomes for late talkers and late bloomers: Do late bloomers really bloom? **Unpublished doctoral dissertation**, University of Texas at Dallas, Dallas, TX.
- Attwood, T. (1994). **Why does Chris do that? Understanding and managing the often baffling behaviour of people with autism** London: National Autistic Society Booklet.
- Backeman, R., & Adamson, L. (1984). Coordinating attention to people and objects in mother–infant and peer–infant interaction. **Child Development,** 55, 1278–1289.
- Bailey, A., Phillips, W., & Rutter, M. (1996). Autism: Towards an integration of clinical, genetic, neuropsychological, and neurobiological perspectives. **Journal of Child Psychology and psychiatry, and allied Disciplines**, 37, 89-126.
- Baker, A., Lane, A., Angley, M., & Young, R. (2008). The relationship between sensory processing patterns and behavioral responsiveness in autistic disorder: a pilot study. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 38, 867-875.
- Baker, M. (2000). Incorporating the thematic ritualistic behaviors of children with autism into games: Increasing social play interactions with siblings. **Journal of Positive Behavioral Interventions**, 2, 66–84.
- Baranek , G.(1999).Autism during infzncy: aretospective video analysis of sensori-motor and social behaviors at 9-12months of age.**Journal of autism and Developmental Disorders,** 29, 213-224.
- Baranek, G. (2002). Efficacy of sensory and motor interventions for children with autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 32(5), 397–422.
- Baranek, G. , Foster, L. , & Berkson, G. (1997-A). Sensory defensiveness in persons with developmental disabilities. **Occupational Therapy Journal of Research,** 17, 173–185.
- Baranek, G. , Foster, L. , & Berkson, G. (1997-B). Tactile defensiveness and stereotyped behaviors. **American Journal of Occupational Therapy**, 51, 91–95.
- Barkley, R(1985) **Hyperactivity children , hand book for diagnosis and treatment**. new York Guilford press.

- Baron-Cohen , S., & Wheelwright , S.(2004). The empathy quotient: an investigation of adults , with Asperger syndrome or high functioning autism and normal sex differences.**Journal of Autism and Developmental Disorders** , 15, 2, 163-175.
- Baron-Cohen, S. & Charman, T. (1993). Drawing development in autism: The intellectual to visual realism shift. **British Journal of Developmental Psychology,** 11(5). 171- 185.
- Baron-Cohen, S. (1987). Autism and symbolic play. **British Journal of Developmental Disability,** 5, 13–148.
- Baron-Cohen, S. (1991). Do people with autism understand what causes emotions? **Child Development,** 62, 385-395.
- Baron-Cohen, S. (1995). **Mind blindness**. Cambridge, MA: MIT Press.
- Baron-Cohen, S. (2003). **The essential difference**. New York: Basic Books.
- Baron-Cohen, S., Joliffe, T., Mortimore, C., & Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. **Journal of Child Psychology & Psychiatry,** 38, 813–822.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A., Frith, U., (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? **Cognition** 21 (1), 37–46.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The ''Reading the Mind in the Eyes" test revised version: A study with normal adults and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. **Journal of Child Psychology and Psychiatry,** 42, 241–251.
- Barrio, V, Alujn, A., & Spielberger, C.(2004). Anger assessment with the STAXI-CA: Psychometric properties of a new instrument for children and adolescents. **Personality and Individual Differences,** 37, 227-244.
- Bauminger, N. (2002). The facilitation of social-emotional understanding and social interaction in high-functioning children with autism: Intervention outcomes. **Journal of Autism and Developmental Disorders,** 32, 283–298.
- Bauminger, N., & Kasari, C. (2000). Loneliness and friendship in high-functioning children with autism. **Child Development,** 71, 447–456.
- Bauminger, N., & Shulman, C. (2003). The development and maintenance of friendship in high-functioning children with autism:

Maternal perception. **Autism, the International Journal of Research and Practice**, 7, 81–97.

- Bauminger, N., Edelsztein, H. , & Morash, J. (2005). Social information processing and emotional understanding in children with LD. **Journal of Learning Disabilities,** 38(1), 45–61.
- Bauminger, N., Shulman, C., & Agam, G. (2003). Peer interaction and loneliness in high functioning children with autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders,** 33, 489–507.
- Bauminger, N., Solomon , M., Aviezer , D., Heung , K., Brown , &J., Rogers , S.(2008). Friendship in High-functioning Children with Autism Spectrum Disorder: Mixed and Non-mixed Dyads. **J Autism Dev Disord** (2008) 38:1211–1229
- Baxter, A. (1997). The power of friendship. **Journal on Developmental Disabilities,** 5(2), 112–117.
- Beck , A.(1976). **Cognitive therapy and the emotional disorders**.New York:international University Press.
- Bellini , S.(2004). Social skill deficit and anxiety in high functioning adolescents with autism spectrum disorders.**Focus on Autism and Other Developmental Disabilities** , 19, 78-86.
- Bennetto ,L., Pennington ,F.,& Rogers, S.(1996). Intact and impaired memory functions in autism. **Child Development**, 67, 1816-1835.
- Berkowitz, L& Harman-Jones, E.(2004). Toward an understanding of the determinants of anger. **Emotion,** 4(2), 107-130.
- Bertrand , J., Mars, A., Boyle , C., Bove ,F., Yeargin-Allsopp, M., & Decoufle , P.(2001).Prevalence of autism in the united states.**Pediatric** , 108, 1155-1161.
- Birchall H., Brandon S., &Taub , N.(2000). Panic in a general practice population: prevalence, psychiatric comorbidity and associated disability. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** , 35: 235-241
- Bird, J., Bishop, D., Freeman, N.(1995). Phonological awareness and literacy development in children with expressive phonological impairments. **J Speech Hear Res**, 38,446–62.
- Bishop, D.,& Edmundson , A.(1987). Language –impaired 4-year – olds: distinguishing transient from persistent impairment.**J. Speech Hear Discord** , 52, 156-173.
- Bolte, S., Ozkara., N., Poustka, F.(2002). Autism spectrum disorders and low body weight: is there really a systematic association? **Int J Eat Disord** ,31,349–51.

- Bonnet , M.(1994). **Sleep deprivation in principles and practice of sleep medicine** (PP. 50-67).Saunders , W.,& Co.
- Bormann- Kischkel, C., Vilsmeier, M., & Baude, B. (1995). The development of emotional concept in autism. **Journal of Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, 36, 1243–1259.
- Boucher J, Warrington, E.(1976). Memory deficits in early infantile autism: some similarities to the amnesic syndrome. **British Journal of Psychology**. 67, 73–87.
- Boulet, S. , Boyle, C., & Schieve, L. A. (2009). **Health care use and health and functional impact of developmental disabilities among US children**, 1997–2005.Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 163, 19–26.
- Bowler, D. , Gardiner, J. , & Berthollier, N. (2004). Source memory in Asperger's syndrome. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 34, 533–542.
- Bradshaw, J. , & Sheppard, D. (2000). The neurodevelopmental frontostriatal disorders: Evolutionary adaptiveness and anomalous lateralization. **Brain and Language**, 73, 297–320.
- Bryson , S., Wainwright-Sharp, J., &Smith, I.(1990). Autism:A developmental spatial neglect syndrome ? In Enns , J.(ed.), **The development of attention:research and theory**:Amsterdam:North-Holland.
- Bundy, A., Lane, S., & Murray, E. (2002). **Sensory integration: Theory and practice** (2nd edition). Philadelphia: F.A. Davis.
- Burack,J.(1994). Selective attention deficits in persons with autism: preliminary evidence of an inefficient attentional lens, **J. Abnorm. Psychol**. 103, 535–543.
- Burnette ,C., Mundy , P., Meger , J., Sutton , S., &Vaugham , A.(2005). Weak central coherence and its relations to theory of mind and anxiety in autism.**Journal of Autism and Developmental Disorders** , 35(1), 63-73.
- Burney , D.(2001). **Adolescent anger rating scale**.Lutz.FL. Psychological assessment resources.
- Bushwick ,N. (2000). Social learning and the etiology of autism.**New Ideas in Psychology** 19, 49-75
- Butterworth, G., & Jarrett, N. (1991). What minds have in common in space: Spatial mechanisms serving joint visual attention in infancy. **British Journal of Developmental Psychology**, 15, 77–95.

- Butterworth, G., & Jarrett, N. (1991). What minds have in common is space: Spatial mechanisms serving joint visual attention in infancy. **British Journal of Developmental Psychology**, 9, 55–72.
- Campbell, J. , Ferguson, J., Herzinger, C. , Jackson, J. , & Marino, C.. (2004). Combined descriptive and explanatory information improves peers' perceptions of autism. **Research in Developmental Disabilities**, 25, 321–339.
- Campbell, M., &Shy, J.(1995).Pervasive developmental disorders. In Kaplan , H.,& Sadock, B.(eds.), **Comprehensive textbook of psychiatry** (PP.2277-2293).Baltimore:Williams7Wilkins.
- Campbell, M., Geller, B., &Small, A.(1978). Minor physical anomalies in young psychotic children. **Am J Psychiatry**, 135:573–575.
- Carper, R. , Mses, P., Tigue, Z. , & Courchesne, E. (2002). Cerebral lobes in autism; early hyperplasia and abnormal age effects. **Neuroimage**, 16, 1038–1051.
- Carter, A. Davis, N. , Klin, A., & Volkmar, F. (2005).Social development in autism. In F. R. Volkmar, R. Paul, A.Klin, & D. Cohen (Eds.), **Handbook of autism and pervasive developmental disorders**: Vol. 1. Diagnosis, development, neurobiology, and behavior. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Casanova,M., Buxhoeveden,A.,Switala,A., Roy,E.,(2002) Asperger's syndrome and cortical neuropathology**, J. Child Neurol**. 17, 142–145.
- Casey, B., Gordon,C., Mannheim, G. Rumsey,M.(1993). Dysfunctional supported attention in autistic savants, **J. Clin. Exp. Neuropsychol**. 15 , 933–946.

- Casey, B., Gordon,C., Mannheim, G. Rumsey,M.(1993). Dysfunctional supported attention in autistic savants, **J. Clin. Exp. Neuropsychol**. 15 , 933–946

- Cass, H., Sekaran, D.,& Baird, G.(2006). Medical investigation of children with autistic spectrum disorders. **Child Care Health Dev** , 32:521–533.
- Cassanova, M., Switala, A., Trippe J, Fitzgerald, M. (2007).Comparative minicolumnar morphometry of three distinguished scientists. **Autism** 11,557–569.
- Cassidy, A., McConkey, R., Truesdale-Kennedy, M., & Slevin, E. (2008). Preschoolers with autism spectrum disorders: The impact on

families and the supports available to them. **Early Childhood Development and Care**, 178, 115–128.

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2006, June). **Monitoring developmental disabilities**. Retrieved September 30, 2006, from http://www.cdc.gov/ncbddd/dd/ddsurv.htm.
- Chamberlain, B. (2000). Isolation or involvement? The social networks of children with autism included in regular classes. **Unpublished doctoral dissertation**, University of California, Los Angeles.
- Charman T,& Baird G.(2002). Practitioner Review: diagnosis of autism spectrum disorder in 2 and 3 year old children. **J Child Psychol Psychiatry** 2002; 43: 289–305.
- Charman, T. (1997). The relationship between joint attention and pretend play in Autism. **Development and Psychopathology**, 9, 1–16.
- Charman, T. (2003). Why is joint attention a pivotal skill in autism? Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, **Biological Sciences**, 358, 315–324.
- Charman, T., & Baron-Cohen, S. (1977). Brief report: Prompted pretend play in autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 27, 325–332.
- Charman, T., Baron-Cohen, S., Swettenham, J., Baird, G., Cox, A., & Drew, A. (2000). Testing joint attention, imitation, and play as infancy precursors to language and theory of mind. **Cognitive Development**, 15, 481–498.
- Chen, C., Liu, C., Su, W.., Huang, S.., & Lin, K.. (2007). Factors associated with the diagnosis of neurodevelopmental disorders: a population-based longitudinal study. **Pediatrics**, 119, e435–e443.
- Chess, S., (1977). Follow-up report on autism in congenital rubella. **J. Aut. Chil. Schizophr**. 7, 69–81.
- Cheung, M., Chan, A. , Sze, S. , Leung, W. , & To, C. (2010). Verbal memory deficits in relation to organization strategy in high and low-functioning autistic children. **Research in Autism Spectrum Disorders**. doi:10.1016/j.rasd. 2010.02.004.
- Ciesielski, K., &Harris , R.(1997). Factors related to performance failure on executive tasks in autism. **Child Neuropsychology** , 3,1-12.
- Clark , D, A, Beck, A. T& Brown, G. (1989). Congnitive mediation in general psychiatric outpatients. Atest of the content specifity

hypothesis. **Journal of personality and Social Psychology** , vol, 56, no. 6, pp.958-946

- Claye , D, Anderson, W.& Dixon , W. (1993) relationship between anger expression and stress in predicting depression.**Journal of Counseling & Development**, vol, 72,91-94
- Cohen-Raz, R., Volkmar & Cohen. D.(1992).Postural control in children with Autism and Development.**Disorders**, Vol.22, 419-432.
- Collins, M., Kyle, R., Smith, S., Laverty, A., Roberts,s., & Eaton-Evans, J.(2003).Coping with the Usual Family Diet: Eating Behaviour and Food Choices of Children with Down's Syndrome, Autistic Spectrum Disorders or Cri du Chat Syndrome and Comparison Groups of Siblings. **Journal of Learning Disabilities** ,7(2),137-55.
- Costa , P.,& McCrae , R.(2000). **Revised NEO personality inventory**.Psychological Assessment Resource Inc.
- Courchesne , E., & Yeung-Courchesne , R.(1988). Event related brain –potentials.In Rutter, A., &Tuma , H., &Lann, I.(eds.), **Assessment diagnosis in child psychopathology**.New York:Guilford Press
- Courchesne , E., Townsend , J., Akshoomoff , N., Satoh , O., Yeung-Courchesne, R., & Lincoln , A.(1994).Impairment in shifting attention in autistic and cerebeller patients.Behavioral Neuroscience , 108, 848-865.
- Courchesne, E., Recay, H., Kennedy, D. (2004). The autistic brain: Birth through adulthood. **Curr Opin Neurol** 17:489–496.
- Courchesne,E. (2004). Brain development in early autism: Early overgrowth followed by premature arrest of growth. **Ment Retard Dev Disabil Res Rev** 10:106 –111.
- Craig, J.,& Baron-Cohen, S.(1999). Creativity and Imagination in Autism and Asperger Syndrome. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 29(4) , 319-326.
- Crepeau , E.,& Cohn , E., Schell , B.(2003).**Willard& Sparkman's occupation therapy.Occupational therapy trends.Rehabilitation and Vocational**.Philadelphia: Lippincott.
- Crick, N. ,& Dodge, K. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. **Psychologic Bulletin**, 115(1),74–101.
- Cultatta , R., & Culatta , B..(1981): Communication disorders. In Blackhurst , A.E., & Berdine , W.H.(eds.) ,**An introduction to special education**. Littler , Brown and Company , Boston.

- Dakin, S., & Frith, U. (2005). Vagaries of visual perception in autism. **Neuron**, 48, 497–507.
- Davis, D.(2000).**The aggressive adolescent: clinical forensic issues**. New York, The Haworth Press.
- Davis, D.(2004). **Your angry child: A guide for parents**.New York: The Haworth Press.
- Davis, M.(1983).Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach.**Journal of Personality &Social Psychology** , 44, 113-126.
- Dawson , G., &Lewy, A.(1989). Arousal , attention and the socioemotional impairments of individuals with autism.In Dawson , G.(ed.), **Autism:nature , diagnosis and treatment**.New York:Guilford Press
- Dawson , G., Osterling , J., Meltzoff , A., & Kuhl , P.(2000).Case study of the development of an infant with autism from birth to two years of age.**Journal of Applied developmental Psychology** ,21 , 299-313.
- Dawson, G., Munson, J., Webb, S. J., Nalty, T., Abbott, R., & Toth, K. (2007). Rate of head growth decelerates and symptoms worsen in the second year of life in autism. **Biological Psychiatry**, 61, 458–464.
- De Bruin, E., Ferdinand, R. , Meester, S., De Nijs, P., & Verheij, F. (2006). High rates of psychiatric co-morbidity in PDD-NOS. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 37, 877–886.
- Decker , C.A.(1988). **Children: the early years**.Illinois, Ther Goodheart- Willcox Company.
- Deffenbacher, J.(1999). Cognitive –behavioral conceptualization and treatment of anger. **Psychotherapy in practice** , 55(3), 295-309.
- Dementieva,Y., Vance, D. ,Donnelly, S. , Elston, L. ,Wolpert,C. M.,Ravan, S., DeLong,G.., Abramson,R..,Wright,H.,& Cuccaro, M. (2005). Accelerated head growth in early development of individuals with autism. **Pediatric Neurology**, 32, 102–108.
- Denham, S., Mason, T., Caverly, S., Schmidt, M., Hackney, R., Caswell, C., & Demulder, E. (2001). Preschoolers at play: Co-socialisers of emotional and social competence. **International Journal of Behavioural Development**, 4, 290–301.
- Deruelle, C., Rondan, C., Gepner, B., & Tardif, C. (2004). Spatial frequency and face processing in children with autism and A sperger

syndrome. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 34, 199–210.

- Dianne, E. (2004). **Autism spectrum disorders: Identification, education, and treatment**. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Dicaprio, N. (1995). **Personality disorder. Clinical Theories: guides to living**. London, W.R. saunders company.
- Diomedi, M., Curatolo, P., Scalise, A., Placidi, F., Caretto, F. and Gigli, G.(1999). Sleep abnormalities in mentally retarded autistic subjects, Downs syndrome with mental retardation, and normal subjects. **Brain. Dev.**, 21, 548–553.
- Dipipi , C., Jitendra , A.,& Miller , J.(2001).Reducing repetitive speech: effects of strategy instruction.**Preventing School Failure** , 45, 177-181.
- Dissanayake C, Bui, Q., Huggins R, Loesch D.(2006). Growth in stature and head circumference in high-functioning autism and Asperger disorder during the first 3 years of life. **Dev Psychopathol**, 18, 381-93.
- Dodd , S.(2005).**Understanding autism**. New York: Elsevier.
- Dover C,& Le Couteur A. (2007). How to diagnose autism. **Arch Dis Child** , 92: 540–545
- Downs, A., & Smith, T. (2004). Emotion understanding, cooperation, and social behavior in high Functioning autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 34, 625–635.
- Dunn ,W. (1997). The impact of sensory processing abilities on the daily lives of young children and their families: A conceptual model. **Infants and Young Children**, 9, 23–35.
- Dunn, J. (1993). **Young children's close relationships**: Beyond attachment. London: Sage.
- Dunn, W. (1999). **Sensory profile**. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Dunn, W., Saiter, J., & Rinner, L. (2002). Asperger syndrome and sensory processing: A conceptual model and guidance for intervention planning. **Focus on Autism and other Developmental Disabilities**, 17, 172–185.
- Durand , V., &Carr, E.(1988).Autism. in Hasselt , V., Strain ,P.,& Hersen ,M.(eds.),**Handbook of developmental and physical disabilities**.(PP. 195-214), New York: Pergamon Press.
- Dwivedi, K. (2004). Emotion regulation and mental health in.Dwivedi,K., and Harper , P. (Eds). **Promoting emotional well**

being of children and adolescents and preventing their mental ill health. London. Jessica Kinsley.

- Eagles, J, (1990). A comparison of Anorexia nervosa and affective psychosis in your Feales. **psychological Medicine**. Vol 20,pp. 110-123
- Eason, L., White, M. , & Newsom, C. (1982). Generalized reduction of self-stimulatory behavior: An effect of teaching appropriate play to autistic children. **Analysis & Intervention in Developmental Disabilities**, 2, 157–169.
- Edelson , S.(1999).**Overview of autism** retrieved in January of 2002 from http//www. autism/.org.
- Ehlers, S., Gillberg, C.(1993). The epidemiology of Asperger syndrome: a total population study. **J Child Psychol Psychiatry** , 34, 1327– 1350.
- Eisenmajer, R., Prior, M., Leekam, S., Wing, L., Gould., J., Welham, M., & Ong, B. (1996). Comparison of clinical symptoms in autism and Asperger's disorder. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 35, 1523–1531.
- Elia, M., Ferri, R., Musumeci, S. , DelGracco, S., Bottitta, M.,Scuderi, C., Miano, G., Panerai, S., Bertramd, T. and Grubar, J. (2000). Sleep in subjects with autistic disorder: a neurophysiological and psychological study. **Brain. Dev**., 22, 88–92.
- Emery, N. (2000). The eyes have it: The neuroethology, function and evolution of social gaze. **Neuroscience & Behavioural Review**, 24(6), 581–604.
- Emmelkamp, P.(1985). Anxiety and fear.in Bellack, A.S., Herson , M.,& Kaziden, A.(eds.), **International handbook of behavior modification and therapy** , New York , Plenum press.
- Enright , R. &Fitzibbons, R.(2000).**Helping clients forgive:An empirical guide for resolving anger and restoring hope**. Washington, DC. American Psychological Association.
- Evans, D. , Canavera, K., Kleinpeter, F. , Maccubbin, E., & Taga, K. (2005). The fears, phobias, and anxieties of children with autism spectrum disorders and Down syndrome: Comparisons with developmentally and chronologically age matched children. **Child Psychology and Human Development**, 36, 3–26.
- Fadem , B.(1991). **Behavioral Science** , New Jersey , William & wilkins.

- Fadem , B.,& Simring , S.(1998). **High –Yield psychiatry**. New York , Lippincott Williams & Wilkins.
- Fairburn , C.,&Beglin , S.(1990).Studies on the epidemiology of bulimia nervosa.**American Journal of Psychiatry** , 147, 401-408.
- Farmer;C.,& Aman,M.(2010). **Aggressive behavior in a sample of children with autism spectrum disorders. Research in Autism Spectrum Disorders** ,in Press
- Farrant, A., Blades, M., & Boucher, J. (1998). Source monitoring in children with autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 28, 43–50.
- Farroni, T., Csibra, G., Ricciardelli, P., Kidd, P., Maxwell, E., & Baron-Cohen, S. (2002). Eye contact detection in humans from birth. Proceedings of the Natural **Academy of Sciences of the United States of American**, 99, 9602–9605.
- Fay , W.(1980).Aspects of language.In Fay , W., & Schuler , A.(eds.), **Emerging language in Autistic children** (PP.51-85).Baltimore , MD. University Park Press.
- Fein, D., Dunn, M., Allen , D., Llen, D., Aram , D., Hall, N., Moreis , R.,& Wilson, B.(1996) Neuropsychological and language data. In Rapin, I., &Wing , L. (Eds), **Preschool Children with Inadequate Communication: Developmental Language Disorders, Autism, Low IQ**. London: Mac Keith Press, Ch. 7, pp.123-154.
- Ferster, C. (1961). Positive reinforcement and behavioral deficits of autistic children. **Child Develop**, 32, 437–456.
- Fidler, D. , Bailey, J., & Smalley, S. (2000). Macrocephaly in autism and other pervasive developmental disorders. **Developmental Medicine and Child Neurology**, 42, 737–740.
- Filipek , P., Accardo , P., Ashwat , S., Baranek , G., Cook , J., Dawson , G.,(2000).Practice parameter. Screening and diagnosis of autism: report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society.**Neurology** , 55, 468-479.
- Fombonne , F.(1995). Anorexia nervosa:no evidence of an increase.**British Journal of Psychiatry** , 166, 462-471.
- Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R: (2001). Prevalence of pervasive developmental disorders in the British Nationwide survey of child mental health. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 40:820–827.

- Franco, F., & Butterworth, G. (1996). Pointing and social awareness: Declaring and requesting in the second year of life. **Journal of Child Language**, 23, 307–336.
- Frazier, J., Biederman, J., Bellorde, C., Garfield, S., Geller, D., Coffey, B., Faraone,S.(2001). Should the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder be considered in children with pervasive developmental disorder? **J Atten Disord** , 4, 203–211.
- Frith , C.,& Frith , U.(1999). Interacting a biological Bassis.**Science,** 286(5445), 1692-1695.
- Frith, U. (1989-B). **Autism: Exploring the enigma**. MA: Blackwell Publishers.
- Frith, U.(2003).**Autism: Exploring the enigma,** P.83, Oxford Basil Blackwell publishing.
- Frith, U.(1989-A).**Autism**. Oxford:Basil Blackwell.
- Frith, U., Baron-Cohen, S., (1987). Perception in autistic children. In: Cohen, D.., Donnelan, A.. (Eds.), **Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders**. Wiley, pp. 85–102.
- Gadow, K., DeVincent, C. , Pomeroy, J., & Azizian, A. (2004). Psychiatric symptoms in preschool children with PDD and clinic and comparison samples. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 34, 379–393.
- Garcia , N.(2003).adults with autistic spectrum disorders: A study of Minnesota multiphasic personality inventory –second Edition Codetypes. **Unpublished Thesis**.University of Utah.
- Gardner, W.,&Cole, C. (1990). Aggression and related conduct difficulties. In Matson,J. (Ed.), **Handbook of behavior modification with the mentally retarded** (pp. 225–251). New York: Plenum.
- Gepner ,B, Mestrre, D. Masson, G.& De Schonen. S.(1995).Postural effects of motion vision in young autistic children.**Euro reports,** 6.1211-1214.
- Gepner, B., & Mastre, D. (2002). Brief report: Postural reactivity to fast visual motion differentiates autistic from children with asperger syndrome. **Journal of Autism and Developmental Disorders,** 32, 231–238.
- Ghaziuddin, M., & Greden, J. (1998). Depression in children with autism/pervasive developmental disorders: A case-control family history study. **Journal of Autism and Developmental Disorders,** 28.

- Ghaziuddin, M., Butler, E., Tsai, L., & Ghaziuddin, N. (1994). Is clumsiness a marker for Asperger syndrome? **Journal of Intellectual Disability Research**, 38, 519–527.
- Gibson, E. (2000). Perceptual learning in development: Some basic concepts. **Ecological Psychology**, 12, 295–302. doi: 10.1207/S15326969 ECO1204_04.
- Gillam ,T.(2004). Managing depression an overview. **Mental Health Practice** , 7(9), 33-38.
- Gillberg, C., & Steffenburg, S. (1987). Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions: A population- based study of 46 cases followed through puberty. **Journal of Autism and Developmental Disorders,** 17, 273–287.
- Gillis, J. , & Romanczyk, R. (2009). **Behavioral Observation Assessment**. Unpublished survey.
- Gillot ,A., Furnis,F., Salters , A.(2001).Anxiety in high functioning children with autism.**Autism** , 5, 277-286.
- Godbout, R., Bergeron, C., Limoges, E., Stip, E. and Mottron, L.(2000). laboratory study of sleep in Asperger's syndrome. **Neuroreport**, , 11, 127–130.
- Goertzen, L.(2002). Conceptualizing forgiveness within the context of a reversal theory framework:the role of personality , motivation and emotion. **Unpublished PHD**, University of Windsor, Canada.
- Goldstein, G., Johnson, C. R., &Minshew, N. J. (2001). Attentional processes in autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders,** 31, 433–440.
- Goldstein, S, Schwebach A.(2004) The comorbidity of pervasive developmental disorder and attention deficit hyperactivity disorder: Results of retrospective chart review. **J Autism Dev Disord** 34,329–339.
- Gonzalez-Lopez, A, & Kamps, D. (1997). Social skills training to increase social interactions between children with autism and their typical peers. **Focus on Autism and Other Developmental Disabilities,** 12, 2–14.
- Graham, J.(1993).**MMPI-2: Assessing personality and psychopathology** , New York: Oxford Press University Press.
- Grandin , T.(2009). Visual Abilities and Sensory Differences in a Person with Autism. **Biol Psychiatry** 6,15–16

- Grandin, T. (1995). How people with autism think. In E. Schopler, & G. Mesibov (Eds.), **Learning and cognition in Autism** (pp. 137-156). New York: Plenum Press.
- Grandin, T. (1995). **Thinking in pictures**. New York: Doubleday.
- Grant , B., Hasin , D., Stinson, F., Dawson , D., Goldstein , R., & Smith , D.(2006). **The epidemiology of DSM-IV**. Brunner /Mazel Publishers.
- Gras-Vincendon, A., Bursztein, C., & Danion, J. (2008). Functioning of memory in subjects with autism. **Encephale**, 34, 550–556.
- Greco, L. & Morris, T. (2005). Factors influencing the link between social anxiety and peer acceptance: Contributions of social skills and close friendships during middle childhood. **Behavior Therapy**, 36, 197–205.
- Green, J., Gilchrist , A., Burton , D., & Cox, A.(2000).Social and Psychiatric functioning in adolescents with Asperger Syndrome compared with conduct disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 30, 279-293.
- Gresham , F. & Macmillan , D.(1997). Social competence and affective characteristics of student with mild disabilities.**Review of Educational Research** , 67(4), 377-415.
- Gresham, F. Sugai, G., & Horner, R. (2001). Interpreting outcomes of social skills training for students with high incidence disabilities. **Exceptional Children**, 67, 331–344.
- Gurney, J., McPheeters, M. , & Davis, M. (2006). Parental report of health conditions and health care use among children with and without autism. **Archives of Paediatrics and Adolescent Medicine**, 160, 825–830.
- Haager, D., & Vaughn, S. (1995). Parent, teacher, peer, and self reports of the social competence of students with learning disabilities. **Journal of Learning Disabilities**, 28, 205–215.
- Happe , F.(1994). Advanced test of theory of mind , understanding of story characters thoughts and feelings by able autistic mentally handicapped and normal children and adults.**Journal of Autism and Developmental Disorders** , 24(2), 129-154.
- Happe, F &Frith, U (1996). The neuropsychology of autism.**Brain** , 19, 1377-1400.
- Hastings, R. & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. **American Journal on Mental Retardation**, 107, 222-32.

- Hauck, J. & Dewey, D. (2001). Hand preference and motor functioning in children with autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 31(3), 265-276.
- Hayes , R.(1987). Training for work.In Cohen , D.,&Donnellan, A.(eds.), **Handbook of autism and pervasive developmental disorders**.Silver Spring M D:Winston.
- Hazlett, H. , Poe, M., Gerig, G., Smith, R. , Provenzale, J., Ross, A., Gilmore, J., & Piven, J. (2005). Magnetic resonance imaging and head circumference study of brain size in autism. **Archives of General Psychiatry**, 62, 1366–1376.
- Heitler , D.(1997). **The power of two: Secrets to a strong and loving marriage**. Oakland, C.: New Harbinger Publication.
- Hellemans,H., Colson , C. Verbraeken , C. Vermeiren ,C.& Deboutte, A.(2007). Sexual Behavior in High-Functioning Male Adolescents and Young Adults with Autism Spectrum Disorder. **J Autism Dev Disord** , 37,260–269
- Heriot , S.(2007): Self-concept and Social Competence in Children with High – Functioning Autistic Spectrum Disorders, **Journal of autistic and Developmental Disorders,** 37(8).
- Hermelin, B., & O'Connor, N. (1970). **Psychological experiments with autistic children**. Oxford, UK: Pergamon Press.
- Hettema , J., Neale , M., Kendler, K.(2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders.**American Journal of Psychiatry** , 158, 1568-1578.
- Hilton ,C., Graver D., & LaVesser , P. (2007). Relationship between social competence and sensory processing in children with high functioning autism spectrum disorders. **Research in Autism Spectrum Disorders** 1 , 164–173
- Ho,P., & Keller, K. Berg, A.(1999). Pervasive developmental delay in children presenting as possible hearing loss, **Laryngoscope**, 109, 129-135.
- Hobson , R.(1986). The Autistic child's appraisal of expressions of emotion.**Journal of Child Psychology and Psychiatry** , 27, 321-342.
- Hobson ,R.(1993).**Autism and the development of mind**.Hillsdale: Erlbaum Publishing.
- Hobson, R. (1990). On the origins of self and the case of autism. **Development and Psychopathology**, 2, 163-181.

- Hoek , H.(1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders.**International review of Psychiatry** , 5, 61-74.
- Holden, B., & Gilesen, J. (2008). The relationship between psychiatric symptomatology and motivation of challenging behaviour: A preliminary study. **Research in Developmental Disabilities**, 29, 408–413.
- Holden, B., & Gitlesen, J. (2006). A total population study of challenging behaviour in the county of Hedmark, Norway: Prevalence, and risk markers. **Research in Developmental Disabilities**, 27(4), 456–465.
- Honey, E., Leekam, S., Turner, M., & McConachie, M. (2007). Repetitive behaviour and play in typically developing children and children with autism spectrum disorders. **Journal of Autism Developmental Disabilities**, 37, 1107–1115.
- Honomichl , R., Goodlin-Jones, B., Burn Ham , M., Hansen., &Anders, T.(2002). Secrtin and sleep in children with Autism.**Child Psychiatry , Hum.Dev**, 33, 107-123.
- Hood, B. , Willen, J. , & Driver, J. (1998). Adults' eyes trigger shifts of visual attention in human infants. **Psychological Science**, 9, 131–134.
- Horne , J.(1988).**Why we sleep**?.Oxford University oxford.
- Howlin, P. (2000). Outcome in adult life for more able individuals with autism or Asperger syndrome. **Autism**, 4(1), 63–83.
- Howlin, P., & Goode, S. (1998). Outcome in adult life for people with autism, Asperger's syndrome. In F. R. Volkmar (Eds.), **Autism and pervasive developmental disorders** (pp. 209– 241). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Howlin, P., Mawhood, L., & Rutter, M. (2000). Autism and developmental receptive language disorder—A follow-up comparison in early adult life. II: Social, behavioural, and psychiatric outcomes. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 41, 561–578.
- Hughes, C. (1996). Brief report: Planning problems in autism at the level of motor control. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 26, 99–107.
- Hughes, C., & Russell, J. (1993). **Developmental Psychology**, 29(3), 498-510.
- Hultman, C., Spar 'en, P., &Cnattingius, S.(2002). Perinatal risk factors for infantile autism. **Epidemiology** ,13: 417–23.

- Humphry, R. (2002). Young children's occupations: Explicating the dynamics of developmental processes. **American Journal of Occupational Therapy**, 2, 171–179.
- Hunt A, Dennis J. (1987).Psychiatric disorders among children with tuberous sclerosis. **Dev Med Child Neurol** ,29:190–8.
- Ingram., R.(1994) depression , In, v, Ramachndram (Ed) **Encyclopedia of human behavior** , Vol. 2.113-122, New York Academic press.
- Izard, C. & Harris,P. (1995). Emotional development and developmental psychopathology.In:Cicchetti,D. and Cohen, D.,(eds.), **Developmental psychopathology**: vol.1. Theory and methods, Wiley, New York, pp. 467-503.
- Jaedickes, S., Storoschuk, S.,& Lord, C.(1994). Subjective experience and causes of affect in high-functioning children and adolescents with autism. **Development and Psychopathology**, 6, 273-284.
- Jansiewics, E. , Goldberg, M. , Newschaffer, C. , Denekla, M. , Landa, R., & Mostoffsky, S. H. (2006). Motor signs distinguish children with high functioning autism and Asperger's syndrome from controls. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 36, 613–621.
- Johnson, C. (1996).Sleep problems in children with mental retardation and autism. **Child Adolesc Psychiatry Clin N Am** 5:673–683.
- Jones (2009). Auditory discrimination and auditory sensory behaviours in autism spectrum disorders. **Neuropsychologia** 47 (2009) 2850–2858
- Joseph, R., Steele, S., Meyer, E., Tager-Flusberg, H.(2005) Self-ordered pointing in children with autism: failure to use verbal mediation in the service of working memory? **Neuropsychologia**, 43 , 1400–1411.
- Kamio, Y, &Toichi, M.(2000). Dual access to semantic in autism: is pictorial access superior to verbal access? **J Child Psychol Psychiatry** , 41, 859–67.
- Kanne,K., Abbacchi ,A., Constantino , J.(2009). Multi-informant Ratings of Psychiatric Symptom Severity in Children with Autism Spectrum Disorders: The Importance of Environmental Context. **J Autism Dev Disord**, 39,856–864
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. **Nervous Child**, 2,,217-250.

- Kaplan &Sadock. (1996). **Pocket Home book of clinical psychiatry**, London , Williams wilkins. Second ed.
- Kaplan, H. & Sadock.A. (1999). **Symposis of psychiatry behavioral sciences-clinical psychiatry**,8th ed. Cairo Mass Bublishing co.
- Kasari , C., Freeman , S., & Paparella , T.(2006). Joint attention and symbolic play in young children with autism: a randomized controlled intervention study.**Journal of Child Psychology and Psychiatry** , 47(6), 611-630.
- Kasari, C., Sigman, M., Mundy, P., &Yirmiya, M. (1990). Affective sharing in the context of joint attention interactions of normal, autistic, and mentally retarded children. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 20, 87–100.
- Kaslow , N.J., Adamson , L., & Collins, M.(2000). A developmental psychopathology perspective on the cognitive components of child and adolescent depression. In Sameroff, A., Lewis , M., Miller, M.,(eds.), **Handbook of Developmental Psychopathology**. New York: Springer , Gillam , 34.
- Katona , C., Robertson, M.(2005). **Psychiatry at a glance**, London: Blackwell science
- Kaye, K. (1977). Toward the origin of dialogue. In H., Scha!er (Ed.), **Studies in mother-infant interaction** (pp. 89-117). New York: Academic Press.
- Kaye, K. (1979). Thickening thin data: The maternal role in developing communication and language. In M. Bullowa (Ed.), **Before speech: The beginning of interpersonal communication** (pp. 191-206). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kelder , S., Perry , C., Klepp.K., & Lytle , L.(1994).Longitudinal Tracking of adolescent smoking , physical activity and food choice behaviors. **American Journal of Public Health** , 84, 1121-1126.
- Kemper, T. , & Bauman, M. (1993). The contribution of neuropathologic studies to the understanding of autism. **Neurologic Clinic**, 11, 157–187.
- Kendler , K., Neale , M., Kessler , R , Heath , A.(1992). The genetic epidemiology of phobias in women: the interrelationship agoraphobia , social phobia , situational phobia and simple phobia.**Archives of General Psychiatry** , 49(4), 273-281.
- Kershman , S.(1981). Early childhood education. in Blackhurst , A..,& Berdine , W. (eds.), **An introduction to special education** , Boston , Little , Brown and company , 55-106.

- Kessler , R.(1997). The effects of stressful life events on depression. **Annual Review of Psychology** , 48,191-214.
- Kientz, M. & Dunn, W. (1997). A comparison of the performance of children with and without autism on the sensory profile. **American Journal of Occupational Therapy**, 51, 530–537.
- Kim , J., Szatmari, P., Bryson , S., Streiner , D., &Willson , F.(2000). The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and asperger syndrome.**Autism** , 4, 117-132.
- King , B., Hodapp, R., & Dykens , E.(2000). Mental retardation. in Sadock , B., & Sadock , V.(eds.), **Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry** ,New York , Lippincott Williams & Wilkins.2587-2613.
- Kinsbourne , M.(1987). Cerebral –brainstem relations in infantile autism. In Schopler, E.,& Mesibow, G.(eds.), **Neurobiological issues in autism** (PP.107-125)New York: Plenum Press.
- Kjelgaard , M., & Tager-Flusberg , H.(2001).An investigation of language profiles un autism: Implications for genetic subgroups.**Language and Cognitive Processes**, 16, 287-308.
- Klin, A., Jones,W., Schultz, R., &Volkmar, F. (2003). The enactive mind or fromactions to cognition: Lessons from autism. **Philosophical Transactions of the Royal Society** , B, 358, 345–360.
- Klin, A., McPartland, J., & Volkmar, F. (2005). Asperger's syndrome. In Volkmar,F., Paul, P. Klin, A.& Cohen,D. (Eds.), **Handbook of autism and pervasive developmental disorders** (3rd Ed., pp. 88–125). Hoboken: Wiley.
- Knoblock, Peter,.(1983). **Teaching emotionally disturbed children**. Boston, Dallas:: Houghton Mifflin Company.
- Koegel , E. Koegel , L., Frea , W., &Smith , A. (1995). Emerging interrelation for children with autism.Longitudinal and lifestyle implications.in Koegel , R.,& Koegel , L. (eds.), **Teaching children with autism.Strategies for Initiating Positive interactions and improving learning opportunities** (PP. 1-15)Baltimore , Brookes.
- Koegel, R. , & Covert, A. (1972). The relationship of self-stimulation to learning in autistic children. **J App Behav Anal**, 18, 187–200.
- Kohen-Raz, R., Volkmar, F., & Cohen, D. (1992). Postural control in children with autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 22(3), 419-432.
- Koning, C., & Magill-Evans, J. (2001). Social and language skills in adolescent boys with Asperger syndrome. **Autism**, 5, 23–36.

- Konstantareas, M., & Hewitt , T.(2001).Autistic disorder and schizophrenia diagnosis overlaps.**Journal of Autism and Developmental Disorders** , 31(1), 19-28.
- Korinek, L.,& Polloway , E.(1993). Social skills:A review and implications for instruction for students with mild mental retardation.in Gabler , R.,& Warren, S.(eds.), **Strategies for teaching students with mild to severe mental retardation** , PP.71-97, Baltimore:Paul H. Brooks Publishing Co.
- Korvatska E, Van de Water.,J. Anders, T.,& Gershwin ,M,.(2002). Genetic and immunologic considerations in autism. **Neurobiol Dis** ,9:107–25.
- Krause I, He X-S, Gershwin M., & Shoenfeld Y.(2002). Brief report: immune factors in autism: a critical review. **J Autism Dev Dis** ,32:337–45.
- Krauss, R.,& Fussell, S.(1996). Social psychological models of interpersonal communication.in Higgins, E..,& Kruglanski, A..(eds.), **Social psychology:handbook of basic principles** (PP.655-701), New York, Guilford Press.
- Krueger ,j,(2008).Is the Allure of Self-Esteem Mirage after All, **American Psychologist**, Vol. 63(1).
- Kurita, H., &Nakayaau, N.(1994). Brief report:An Autistic male presenting seasonal affective disorder (Sad) and Trichotillomania. **Journal of Autism and Developmental Disorders** , 24(5).
- Kylliainan, A., & Hietanen, J. K. (2004). Attention orienting by another's gaze direction in children with autism. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 45, 435–444.
- Ladd, G. , Birch, S. & Buhs, E. (1999). Children social and scholastic lives in kindergarten: Related spheres of influence? **Child Development**, 70, 1373–1400.
- Lainhart , J.(1999). Psychiatric problems in individual with autism , their parents and siblings. **International Review of Psychiatry** , 11 , 278-298.
- Lainhart , J., &Folstein , S.(1994). Affective disorders in people with autism A review of published cases.**Journal of Autism and Developmental Disorders** , 24(5), 587-601.
- Lainhart, J., Piven, J., Wzorek, M., (1997). Macrocephaly in children and adults with autism. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, 36, 282-90.

- Landa, R., Goldberg, M. (2005). Language, social, and executive functions in high functioning autism: a continuum of performance. **Journal of Autism and Developmental Disorders** 35 (5), 557–573.
- Larson, E. (1998). Reframing the meaning of disability to families: The embrace of paradox. **Social Science & Medicine**, 47. 865 - 875.
- Lavalle, K. , Bierman, K. & Nix, R. (2005). The impact of first-grade ''Friendship Group'' experiences on child social outcomes in the fast track program. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 33, 307–324.
- Lecavalier, L.(2006).Behavioral and emotional problems in young people with pervasive developmental disorders: Relative prevalence, effects of subject characteristics, and empirical classification. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 36, 1101–1114.
- Lecavalier, L., Leone, S., & Wiltz, J. (2006). The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. **Journal of Intellectual Disability Research**, 50, 172–183.
- Leekam, S. R., Lopez, B., & Moore, C. (2000). Attention and joint attention in preschool children with autism. **Developmental Psychology**, 36, 261–273.
- Leekam, S., Baron-Cohen, S., Perrett, D., Milders, M., & Brown, S. (1997). Eye-direction detection: A dissociation between geometric and joint attention skills in autism. **British Journal of Developmental Psychology**, 15, 77–95.
- Leekam, S., Nieto, C, Libby, S., Wing, L., & Gould, J. (2007).Describing the sensory abnormalities of children and adults with autism. **Journal of Autism and Developmental disorders**, 37, 894-910.
- Leo, R.(2008). **Definition of self concept** , Http;;//messages. Yahoo. Com //Health & Wellness /Support /Disease.
- Leslie , A.(1987).Pretence and representation: the origins of "theory of mind" **Psychological Review** , 94, 412-426.
- Lewis , V.(1987). **Development and handicap**. Basil Blackwell.
- Lewy, A. , & Dawson, G. (1992). Social stimulation and joint attention in young autistic-children. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 20, 555–566.
- Leyfer, O. , Folstein, S. , Bacalman, S., Davis, N. , Dinh, E.,Morgan, J. (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with autism: Interview development and rates of disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 36 , 849–861.

- Libby, S., Powell, S., Messer, D., & Jordan, R. (1997). Imitation of pretend play acts by children with autism and down syndrome. **Journal of Autism and Developmental Disorders,** 27, 365–383.
- Lindsay, S & Johanshohi, M(1994). Disorders of sleepins. Lindsay and G powell (Eds.), **the handbook abnormal adult psychology** (pp. 590-600). London. Routledge.
- Lisa, E., & Williams ,S. (2007). Loneliness, social relationships, and a broader autismphenotype in college students. **Personality and Individual Differences** 42 1479–1489.
- Liszkowski, U., Carpenter, M., Henning, A., Striano, T., & Tomasello, M. (2004). Twelve-month-olds point to share attention and interest. **Developmental Science,** 7, 297–307
- Liu ,X., Hubbard ,J., & Adam, J.(2006). Sleep Disturbances and Correlates of Children with Autism Spectrum Disorders. **Child Psychiatry Hum** Dev, 37, 179–191.
- Lopez, B.(2008).How "central" is central coherence? Preliminary evidence on the link between conceptual processing in children with autism , Autism :**The International Journal of Research and practice** , V. 12 n.12.
- Lord , K., & Pickless , A.(1996). Language level and nonverbal social –communicative behaviors in autistic and language –delayed children.**Journal of The American Academy of Child and Adolescent psychiatry** , 35, 1542-1549.
- Lord, C. & Paul, R(1997). Language and communication in autism. In. Cohen, D., & Volkmar C (1997):Language and communication in autism(eds.) , (Eds.).**Handbook of autism and pervasive developmental disorders** (2nd ed).New York: John Wily & sons.
- Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E., Leventhal, B., DiLavore, P. , (2000). The autism diagnostic observation schedule-generic: A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 30(3), 205–223.
- Lovaas, O. & Newsom, C. (1976). Behavior modification with psychotic children. In H. Leitenberg (Ed.), **Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy** (pp. 303–360).Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Loveland, K. (1993). Autism, affordances, and the self. In Neisser,U. (Ed.), **The perceived self: ecological and interpersonal sources of self-knowledge** (pp.237-253). Cambridge: Cambridge University Press.

- Luiselli , J.(1978). Treatment of an autistic child's fear of riding a school bus through exposure and reinforcement.**J. of Behavior therapy and Experimental Psychiatry** , 9, 1969-1972.
- Luquet, G (1927). Le realisme intellectuel dans Tart primitif. 1. Figuration de l'invisiable. **Journal de Psychologie**, 24(3), 765-797'.
- MacDonald, R., Anderson, J., Dube, W., Geckeler, A., Green, G., Holcomb, W., et al. (2006). Behavioral assessment of joint attention: A methodological report. **Research in Developmental Disabilities**, 27, 138–150.
- Main, M. (1983). Exploration, play, and cognitive functioning related mother–infant attachment. **Infant Behavior and Development**, 6, 167–174.
- Mandell, D. (2008). Psychiatric hospitalization among children with Autism Spectrum Disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 38, 1059–1065.
- Manjiviona, J., & Prior, M. (1995). Comparison of Asperger syndrome and high-functioning autistic children on a test of motor impairment. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 25, 23–39.
- Maslow, A, (1970). **Motivation and personality** (2nd ed) New York, Harper & Row publishing.
- Matson , J., Love, A.(1990). A comparison of parent –reported fear for autistic and non-handicapped age –matched children and youth.**Australian and New Zealand J of Developmental Disabilities** , 16, 349-357.
- Matson, J., & Nebel-Schwalm, L. (2007). Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: An overview. Research in **Developmental Disabilities**, 28, 341–352.
- Matson,J., Dempsey,T.,& LoVullo,S. (2009). Characteristics of social skills for adults with intellectual disability, autism and PDD-NOS **Research in Autism Spectrum Disorders**. 3 , 207–213
- McArthur, D., & Adamson, L. (1996). Joint attention in preverbal children: Autism and developmental language disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 26, 481–496.
- McCullough ,M.,Hoyt , W., & Rachal, K.(2000-A). What we know (and need to know) about assessing forgiveness constructs. In McCullough, M.,& Pargament , K.,& Thoresen , C.(eds.), **Forgiveness Theory , research and practice**,(PP.65-88), New York: Guilford.

- McCune-Nicolich, L. (1981). Toward symbolic functioning: Structure of early pretend games and potential parallels with language. **Child Development**, 52, 785–797.
- McEvoy , R Loveland , K., & Landry , S.(1988).The functions of immediate echolalia in autistic children: A developmental perspective. **Journal of Autism and developmental Disorders** , 18, 657-668.
- Mckinney , J. ,Montague , M., Hocutt , A..(1993). Educational assessment of students with attention deficit disorder. **Exceptional Children**, 60,(2), 125-131.
- Meyer, L. , Cole, D., McQuarter, R., & Reichle, J. (1990). Validation of the assessment of social competence (ASC) for children and young adults with developmental disabilities. **Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps**, 15, 57–68.
- Miller, L., & Lane, S. (2000). Toward a concensus in terminology in sensory integration theory and practice. Part 1. Taxonomy of neurophysiological processes. **Sensory Integration Special Interest Section Quarterly**, 23, 1–4.
- Millward , C., Powell , C., Messer, D., & Jordan ,R.(2000). Recall for self and other in autism: Children's memory for events experienced by themselves and their peers. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 30, 15-28.
- Minshew, N., &Goldstein, G.(1998). Autism as a disorder of complex information processing. **Mental Retard Dev Disabil Res Rev** , 4, 129–36.
- Minshew, N., Goldstein , G., &Siegel , D.(1997). Neuropsychological functioning in autism:profile of a complex information processing disorder. **Journal of the International Neuropsychological Society** , 3 , 303-316.
- Minshew,N. , Sung, K., Jones, B., & Furman, J. (2004). Underdevelopment of the postural control system in autism. **Neurology**, 63, 2056–2061.
- MoEachin , J., Smith , T., Lovaas , O.(1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment.**American J An Mental Retardation** , 97, 359-391.
- Monks, C. et al. (2002). Unjustified aggression in preschool. **Aggressive behavior**. Vol 28 (6) 458-476
- Montgomery ,S. (1991). **Anxiety and depression**, London, charles. E. &Merrill, R. Publishing.

- Morgan, C. N., Roy, M., & Chance, P. (2003). Psychiatric comorbidity and medication use in autism: A community survey. Year of publication.**Psychiatric Bulletin**, 27(10), 378–381
- Morris , R., & Kratochwill , T.(1983). **Treating children's fears and phobias: A behavioral approach**.New York: Bergman Press.
- Morris , R., &Kratochwill , T.(1998). Childhood fears and phobias.in Morris , R. & Kratochwill , T.(eds.), **The practice of child therapy** , (PP.91-131), Allyn &Bacon.
- Motteron, L., & Burack, J. (2001). Enhanced perceptual functioning in the development of persons with autism. In Burack,J. Charman,T.,. Yirmiya,T.& Zelazo,P. (Eds.), **The development of autism: Perspectives from theory and research** (pp. 131–148). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Mouridsen S, Rich B, Isager T. (1999). Epilepsy in disintegrative psychosis and infantile autism: a longterm validation study. **Dev Med Child Neurol** , 41, 110–14.
- Muller,R ,Pierce,K J. Ambrose,B, Allen,G., Courchesne, E.(2001). Atypical patterns of cerebral motor activation in autism: a functional , magnetic resonance study, Biol. **Psychiatry**, 49, 665–676.
- Mullins, M., & Rincover, A. (1985). Comparing autistic and normal children along the dimensions of reinforcement maximization, stimulus sampling, and responsiveness to extinction. **J Exper Child Psychol**, 40, 350–374.
- Mundy, P., Hogan, A., & Doehring, P. (1996). **A preliminary manual for the abridged early social communication scales. Coral Gables,** FL: University of Miami.http://www.psy.miami.edu/faculty/pmundy/.
- Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H., Holdrinet, I., & Meesters, C. (1998). Comorbid anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders. **Journal of Anxiety Disorders**, 12, 387–393.
- Myles, B. , Bock, S. , & Simpson, R. (2001). **Asperger syndrome diagnostic scale**. Austin, TX: Pro-Ed.
- Myles, B. , Cook, K. , Miller, N. , Rinner, L., & Robbins, L. (2000). **Asperger syndrome and sensory issues: Practical solutions for making sense of the world**. Shawnee Mission, Kansas, US: Autism Asperger Publishing Co.
- Myles, B. , Simpson, R., Ormsbee, C., & Erickson, C. (1993). Intergrating preschool children with autism with their normally

developing peers: Research findings and best practices recommendations. **Focus on Autistic Behavior**, 8, 1–18.

- Nadel, J., & Potier, C. (2002). Imitez imitez, il en restera toujour quelque chose: le status de'veloppemental de l'imitation dans le cas de l'autism. **Enfance**, 1, 76–86.
- Nanson, J.(1992). Autism in fetal alcohol syndrome: a report of six cases. **Alcohol Clin Exp Res**,16:558–565.
- National Research Council Committee on early childhood pedagogy, Bowman, B. T., Donovan, M. S., & Burns, M. S. B. (2001). **Eager to learn: Educating our preschoolers**. Washington, DC: National Academy Press.
- Nordin, V., & Gillberg, C. (1998). The long-term course of autistic disorders: Update on follow-up studies. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 998(97), 99–108.
- Norton , P.& Drew , C.(1994). Autism and potential family stressors.The **American Journal of Family Therapy** , 22, 67-76.
- O'connor, N., and Hermelin , B.(1988). Low intelligence and special abilities. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 29, 391-396.
- Oatley , K., &Johnson –Laird, P.(1996). The communication theory of emotion ; empirical tests , mental models and implications for social interaction.In Martin, L.,& Tesser,A., (eds.), **Goals and affect**, (PP.363-393), Hillsdalen, N.J, Erlbawm.
- Ogdie, M., Macphie, I., Minassian, S., Yang, M., Fisher, S., Francks C, Cantor, R., Mc- Cracken, J., McGough, J., Nelson, S.,Smalley, S.(2003). A genomewide scan for attention- deficit/hyperactivity disorder in an extended sample: suggestive linkage on 17p11. **Am J Hum Genet** , 72, 1268–1279.
- Oltmanns , T., Neale , J., &Davison , G.(1995). **Case studies in abnormal psychology**.New York: Jon Wiley &Sons , Inc.
- Ornitz , E., & Ritvo , E.(1968). Perceptual inconstancy in early infantile autism.**Archives of General Psychiatry** , 18 , 76-98.
- Ornitz , E., Guthrie , D., & Farley , A.(1977). The development of autistic children.**Journal of autism and Childhood Schizophrenia**, 7, 207-229.
- Orsmond, G., Krauss, M., & Seltzer, M. (2004). Peer relationships and social and recreational activities among adolescents and adults with autism. **Journal of Autism and Developmental Disabilities**, 34, 245–256.

- Osterling, J., & Dawson, G. (1994). Early recognition of children with autism: A study of first birthday home videotapes. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 24, 247–257.
- Oyabu, Y. (2004). **Joint attention—developmental process from neonates to 2 years 6 months**. Tokyo: Kawashima Shoten. (in Japanese).
- Ozonoff , S., Garcia , N., Clark , E.,& Lainhart , J.(2005). MMPI-2 personality profiles of high –functioning adults with autism spectrum disorders.**Assessment** , 12 , 1, 86-95.
- Ozonoff , S., Pennington , B., & Rogers , S.(1991).Executive function deficits in high- functioning autistic individuals: relationship to theory of mind.**Journal of Child Psychology and Psychiatry** , 32 , 1081-1105.
- Patzold, L., Richdale, A., &Tong, B. (1998) An investigation into sleep characteristics of children with autism and Asperger's disorder. **J Paediatr Child Health** 34,528–533
- Paul, R. (1996). Clinical implications of the natural history of slow expressive language development. **American Journal of Speech-Language Pathology**, 5, 5-21.
- Pennington, B., Rogers, S., Bennetto, L., Griffith, E., Reed, D. , & Shyu, V. (1997). Validity tests of the executive dysfunction hypothesis of autism. In J. Russell (Ed.), **Autism as an executive disorder** (pp. 143–178). London: Oxford University Press.
- Piaget, J. (1952). **Play, dreams and imitation in childhood**. New York, USA: W.W. Norton and Company, Inc.
- Pierce , K., Glad , K., &Schreibman , L.(1997). Social perception in children with autism:An attention deficit.**Journal of Autism and Developmental Disorders** , 27, 265-282.
- Plaisted, K., O'Riordan, M., & Baron-Cohen, S. (1998). Enhanced visual search for a conjunctive target in autism: A research note. **Journal of Child Psychology and Psychiatry Allied Disciplines**, 39, 777–783.
- Prior, M., & Ozonoff, S. (1998). Psychological factors in autism.In F. R. Volkmar (Eds.), **Autism and pervasive developmental disorders** (pp. 24–38). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Prizant , B.(1982). Gestalt language and gestalt processing in autism. **Topics in Language Disorders** , 3(1), 16-23.

- Prizant , B.(1983).Language acquisition and communication behavior in autism: Toward an understanding of the "whole" of it.**Journal of Speech and Hearing Disorders** , 48, 296-307.
- Prizant , B.(1987).Theoretical and clinic implicatios of echolaic behavior in autism.In Layton , T.(ed.), **Language and treatment of autistic and developmentally Disordered children** (PP65-88), Springfield , Il: Charles Thomas.
- Prizant , B., & Duchan , J.(1981). The functions of immediate echolalia in autistic children.**Journal of Speech and Hearing Research** , 46, 241-249.
- Rapin,I.(1991). Autistic children:Diagnosis and clinical features.**Pediatrics** , 87, 751-760.
- Renner, P., Klinger , L.,& Klinger , M.(2000). Implicit and explicit memory in autism: Is autism an amnesic disorder?. **Journal of Autism and Developmental Disorders,** 30, 3-14.
- Rescorla , L., Schwartz , E.(1990).Outcome of toddlers with specific expressive language delay.**Appl Psycholing** , 11 , 393-408.
- Rescorla, L. (2002). Language and reading outcomes to age 9 in late-talking toddlers. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research,** 45, 360-371.
- Restall, G., & MaGill-Evans, J. (1994). Play and preschool children with autism. **American Journal of occupational Therapy,** 48, 113–120.
- Richdale , L.(2001). Sleep in children with autism and Asperger syndrome.in Stores ,A. &Wiggs, L.(ed.), **Sleep disturbance in children and adolescent with disorders of development its significance and management** (PP. 181-191), Mac Keith Press.London.
- Richdale, A. (1999). Sleep problems in autism: prevalence, cause, and intervention. **Dev Med Child Neurol** 41:60–66.
- Richdale, A. and Prior, M.(1995). The sleep–wake rhythm in children with autism. Eur. Child. **Adolesc. Psychiatry,** , 4, 175–186.
- Richman, N., Stevenson, J., Graham, P.(1982) **Behavioral Development**. London: Academic Press.
- Ricks, D. & Wing, L. (1975). Language, communication, and the use of symbols in normal and autistic children. **Journal of Autism and Childhood Schizophrenia,** 5, 191–221.

- Rimland, B. & Hill, A. L. (1984). Idiot savants. **In Mental retardation and developmental disabilities,** Vol. 13, J. Wortis (ed.), 155-69. New York: Plenum.
- Rimland, B. (1978). **Savant capabilities of autistic children and their cognitive implications. Cognitive defects in the development of mental illness,** G. Serban (ed.) 43-65. New York: Bruner/Mazel.
- Rinehart, N., Bradshaw,J., Moss,S., Brereton, B., Tonge,A.,(2001). A deficit in shifting attention present in high-functioning autism but not Asperger's disorder, **Autism,** 5, 67–80.
- Robert , S.&Feldman.(1985). **Social psychology Theories**. Massachusetts , Mc. Row – Hill Book.
- Roberts , B., Chernyshenko , O. , Stark, S.,& Goldberg , L. (2005). The structure of conscientiousness , An empirical investigation based on seven major, personality questionnaires. **Personnel Psychology** , 58 (1) , 103-139.
- Robertson, K., Chamberlain, B., & Kasari, C. (2003). General education teachers' relationships with included students with autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 33, 123–131.
- Rogers , S., Hepbum , S., & Wehner , E.(2003).Parent of sensory symptoms in toddlers with outism and those with other developmental disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders,** 33, 631-642.
- Rogers, S. & Ozonoff, S. (2005) Annotation: What do we know about sensory dysfunction in autism? A critical review of the empirical evidence. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 46(12), 1255-1268.
- Rosenbaum, P., Armstrong, R. & King, S. (1986). Children's attitudes toward disabled peers: A self-report measure. **Journal of Pediatric Psychology,** 11, 517–530.
- Rosenhall, U. Nordin, M. Sandstro¨M, (1999). Autism and hearing loss, **J. Autism. Dev. Disord.** 29 (5) ,349-357.
- Rumsey , J., Rapoport , J., & Sceery , W.(1985).Autistic children as adults: psychiatric social and behavioral outcome.**Journal of the American Academy of Child Psychiatry,**24, 265-473.
- Russell, A. , Mataix-Cols, D., Anson, M., & Murphy, D. (2005). Obsessions and compulsions in Asperger syndrome and high-functioning autism. **British Journal of Psychiatry,** 186, 525–528.

- Russell, J., Jarrold, C., & Henry, L. (1996). Working memory in children with autism and with moderate learning difficulties. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 37, 673–686.
- Rutter , M.(1978). Diagnosis and definition.In Rutter , M.(ed.), **Autism**: A reappraisal of concepts and intervention.New York: Plenum.
- Rutter, M. (1970). Autistic children: Infancy to adulthood. **Seminars in Psychiatry**, 2, 435–450.
- Rydell, P. (1989). Social-communicative control and its effect on echolalia in children with autism. **Unpublished doctoral dissertation**, Jniversily of Nebraska Lincoln.
- Sacks, O. (1995). **An anthropologist on Mars, seven paradoxical tales**. New York: Alfred A. Knopf.
- Sadock , P.,& Sadock , V.(2008). **Kaplan& Sadock's concise textbook of clinical Psychiatry**. New York , Lippincott Williams& Wilkins.
- Safren , S., Gershung , B., Marzol , P.(2002). History of childhood abuse in panic disorder, social phobia and generalized anxiety disorder.**Journal Nerv Ment Dis**, 190, 453-456.
- Salovilita , T.(2002).Dry bed training method in the elimination of bed-wetting in two adults with autism and severe mental retardation.**Cognitive Behaviour Therapy** , 31(3), 135-140.
- Samuel, W.(1981).**Personality.** New York , McGraw-Hill Book Company.
- Scharre, J. & Creedon, M. (1992). Assessment of visual function in autistic children. **Optometry and Vision Science**, 69, 433– 439.
- Schlundt, D.,& Mcfall , R..(1985). New directions in the assessment of social competence and social skills.in Labate.L.,& Milan , M..(eds.), **Handbook of social skills training and research**. John Willey &Sons , New York.
- Schopler , E.(1965). Early infantile autism and receptor processes.**Archives of General Psychiatry** , 13, 327-335.
- Schopler, E., & Mesibov, G. (1983). **Autism in adolescents and adults**. New York: Plenum Press.
- Schore, A. (1994). **Affect regulation and the origin of self: The neurobiology of emotional development**. Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schreck, K., &Mulick, J. (2000) Parental report of sleep problems in children with autism. **J Autism Dev Disord**, 30,127–135

- Schreibman, L. (1988). **Autism**. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Schultz, R. T. (2005). Developmental deficits in social perception in autism: The role of the amygdala and fusiform face area. **International Journal of Developmental Neuroscience**, 23, 125–141.
- Schwiebert, V., & Sealander, K.(1995). Attention deficit hyperactivity disorder: An overview for school counselor.**Elementary School Guidance & Counseling** , 29(4).
- Sealander, K., Bush, J., Chen, J., Henning , M., Tragash , J., &Ross., J.(1993). **Attention deficit hyperactivity disorder: primer for parents and professionals multidisciplinary diagnostic training program** (MDTP). Monograph series.University of Florida , College of Medicine, Department of Pediatrics.
- Seibert, J., Hogan, A., & Mundy, P. (1987). Assessing social and communication skills in infancy. **Topics in Early Childhood Special Education**, 7, 38–48.
- Seibert, J., Hogan, A.,& Mundy, P. (1982). Assessing international competencies: The early social-communication scales. **Infant Mental Health Journal**, 3, 244–245.
- Selfe, L. (1977). **Nadia, a case of extraordinary drawing ability in an autistic child.** New York: Academic Press.
- Seligman , M.(1971). Phobias and preparedness.**Behavior Therapy** , 2, 307-320.
- Shah, A., & Frith, U. (1983). A islet of ability in autistic children: A research note. **Journal of Child Psychology and Psychiatry Allied Disciplines**, 24, 613–620.
- Shattuck ,Paul ,T.(2008). Change in Autism Symptoms and Maladaptive Behavior in Adolescents and Adults with an Autism Spectrum Disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 37(9).
- Shore , C., O'Connell , C., & Bates , E.(1984).First sentences in language and symbolic play. **Developmental Psychology** , 20, 872-880.
- Shores, R. L. (1987). Overview of research on social interaction: A historical and personal perspective. **Behavioral Disorders** , 12 , 233-241.
- Shriberg , L., Paul , McSweeay , J., Klin , A., Cohen , D., & Volkmar , F.(2001).Speech and prosody characteristics of adolescents and

adults with high-functioning autism and asperger syndrome.**Journal of Speech , Language , and Hearing Research** , 44, 1097-1115.

- Sigman, M. , & Mundy, P. (1989). Social attachments in autistic children. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 28, 74–81.
- Sigman, M. , Kasari, C., Kwon, J., & Yirmiya, N. (1992). Responses to the negative emotions of others by autistic, mentally retarded, and normal children. **Child Development**, 63, 796–807.
- Sigman, M., & Ruskin, E. (1999). Continuity and change in the social competence of children with autism, Downs syndrome, and developmental delays. **Monographs of the Society for Research in Child Development**, 64 (1, Serial No. 256).
- Siklos, S., & Kerns, K. (2006). Assessing need for social support in parents of children with autism and Down syndrome. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 36, 921–933.
- Silva, J., Leong, G. & Ferrari, M. (2004). A neuropsychiatric developmental model of serial homicidal behavior. **Behavioral Sciences and the Law** 22, 787–799.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population derived sample. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 47, 921-929.
- Simons, J., & Oishi, S. (1987). **The hidden child: The Linwood method for reaching the autistic child**. Kensington, MD: Woodbine House.
- Simpson, R. &Myles, B. (1993). Successful integration of children and youth with autism in mainstreamed settings. **Focus on Autistic Behavior**, 7, 1–13.
- Smalley, S., Kustanovich V, Minassian, S., Stone, J., Ogdie, M., McGough J, McCracken, J., MacPhie, I., Francks, C., Fisher, S., Cantor, R., Monaco, A., Nelson, S.(2002). Genetic linkage of attention-deficit/hyperactivity disorder on chromosome 16p13, in a region implicated in autism. **Am J Hum Genet** , 71, 959–963.
- Smith , J., & Krjci , J.(1991). Minorities join the majority: eating disturbances a among Hispanic and native American Youth.**International Journal of eating.**

- Smith, I. , & Bryson, S. (1998). Gesture imitation in autism I: Nonsymbolic postures and sequences. **Cognitive Neuropsychology**, 15(6/7/8), 147-110.
- Spence, S. (2003). Social skills training with children and young people: Theory, evidence and practice. **Child and Adolescent Mental Health**, 8, 84–96.
- Spezio, M., Adolphs, R., Hurley, R., & Piven, J. (2007). Analysis of face gaze in autism using "Bubbles". **Neuropsychologia**, 45, 144–151.
- Spielberger, C.(1988). **STAXI professional manual** , Odessa, FL. Psychological assessment resource.
- Squire, L.(1987). **Memory and Brain**. New York: Oxford University Press,
- Stahmer, A. , & Schreibman, L. (1992). Teaching children with autism appropriate play in unsupervised environments using a self-management treatment package. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 25, 447–459.
- Steinberg, S& Johnson, C. (1999). Eating disorders. INS. Netherton, D, Holmes and Ewalker, (Eds) child **and a adolescent psychological disorders**, pp. 397-414 oxford, university press.
- Stevens, M., Fein , D., Dunn, M., Allen , D., Waterhouse , L., Feinstein , L.,& Rapin , I.(2000). Subgroups of children with autism by cluster analysis:A Longitudinal examination.**Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry** , 39, 346-352.
- Stewart, M. , Barnard, L., Pearson, J., Hasan, R., & O'Brien, G. (2006). Presentation of depression in autism and Asperger syndrome: **A review. Autism**, 10, 103–116.
- Stone ,W., & Caro-Martinez , L.(1980).naturalistic observations of spontaneous communication in autistic children.**Journal of Autism and Developmental Disorders,** 20, 437-453.
- Strongman, K.T. (1996).**the psychology of Emotion theories of emotion in perspective,** fourth Edition, New York: john wiley& sons.
- Sukhodolsky, D. , Scahill, L., Gadow, K. , Arnold, L. , Aman, M. , McDougle, C., et al. (2008). Parent-rated anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders: Frequency and association with core autism symptoms and cognitive functioning. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 36, 117–128.

- Sullivan , A.(2002). Communicative functions of echolalia in children with autism: assessment and treatment.**PHD unpublished** , Department of Psychology , University of California , San Diego.
- Sverd, J. (2003). Psychiatric disorders in individuals with pervasive developmental disorder. **Journal of Psychiatric Practice**, 9, 111.
- Swaim, K. ,&Morgan, S. (2001). Children's attitudes and behavioral intentions toward a peer with autistic behaviors: Does a brief educational intervention have an effect? **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 31, 195–205.
- Swanson , H. ,&Malone , S.(1992). Social skills and learning disabilities: Ameta-analysis of the literature.**School Psychology Review** , 21, 427-443.
- Swettenham , J., Baron-Cohen , s., Charman , T., Cox, A., Baird , G., &
- Szatmari , P., Bartolucci , G., Bremner , R., Bond , S., & Rich , S.(1989). A follow-up study of high-functioning autistic children.**Journal of autism and Developmental Disorders** , 19, 213-226.
- Tager-Flusberg, H.(1992).Auistic children's talk about psychological states: Deficit in the early acquisitions of a theory of mind.Child **Development**, 63, 161-172.
- Talay –Ongan , A., & Wood , K.(2000). Unusual sensory sensitivities in autism:A possible crossroads.**International Journal of Disability , Development , and Education** , 47, 201-212.
- Teitelbaum , P., Teitelbaum, O., Nye , J., Fryman , J., & Maurer, R.(1998). Movement analysis in infancy may be useful for early diagnosis of autism.**Procedings of the National Academy of Science** , 95, 13982-13987.
- Thirumalai, S., Shubin, R., &Robinson, R. (2002). Rapid eye movement sleep behavior disorder in children with autism. **J Child Neurol** 17:173–178.
- Thomas, N. & Smith, C. (2004). Developing play skills in children with autism spectrum disorders. **Good Autism Practice**, 5(1), 53-57.
- Tomasello, M. (1995). Joint attention as social cognition. In C. Moore&P. Dunham (Eds.), **Joint attention: Its origins and role in development** (pp. 103–130). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Tomasello, M., & Farrar, M. (1986). Joint attention and early language. **Child Development**, 57, 1454–1463.

- Tomchek, S., & Dunn, W. (2007). Sensory processing in children with and without autism: A comparative study using the short sensory profile. **American Journal of Occupational Therapy**, 61(2), 190-200.
- Tonge, B. & Einfeld, S. (2003). Psychopathology and intellectual disability: The Australian child to adult longitudinal study. **International Review of Research in Mental Retardation**, 26, 61-91.
- Torrey, T., Dhavale, D., Lawlor, J. , & Yolken, R. (2004). Brief report; autism and head circumference in the first year of life. **Biological Psychiatry**, 56, 892–894.
- Trepagnier, C.(1996). A possible origin for the social and communicative deficits of autism. **Developmental Disabilities** ,Vol.11,No.3.
- Triandis, H. (1971). **Attitude and attitude change**. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Trull , T., Useda , J., & Costa, P.(1995).comparison of the MMPI-2 personality psychology five , the NEO-PI and the NEO-Pi-R. **Psychological Assessment** , 7 , 4 , 508-516.
- Tsai, L. (1996). Brief report: Comorbid psychiatric disorders of autistic disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 26, 159–163.
- Tse, J., Strulovitch, J., Tagalakis, V., Meng, L., & Fombonne, E. (2007). Social skills training for adolescents with Asperger's syndrome and high functioning autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 37, 1960–1968. doi: 10.1007/s10803-006-0343-3.
- Ungerer, J. (1989). The early development of autistic children. In G. Dawson (Ed.), **Autism: Nature, diagnosis and treatment** (pp. 75-91). New York: Plenum Press.
- Van Bourgondien, M., Reichle, N., & Palmer, A. (1997). Sexual behavior in adults with autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 27, 113–125.
- Venter, A., Lord, C., & Schopler, E. (1992). A follow-up study of high-functioning autistic children. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 33, 489–507.
- Vlamings, P., Stauder, J., Van Son, I. , & Mottron, L. (2005). Atypical visual orienting to gaze- and arrow-cues in adults with high

functioning autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 35, 267–276.

- Volkmar , F., Cohen , D.(1991). Comorbid association of autism and schizophrenia.**American Journal of Psychiatry** , 148, 1705-1707.
- Volkmar, F. , Klin, P. & Cohen, D. (2005). (3rd ed.). **Handbook of autism and pervasive developmental disorders** (Vol. 1). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Volkmar, F. , Carter, A., Grossman, J., & Klin, A. (1997). Social development in autism. In D. J. Cohen, & F. R. Volkmar (Eds.), **Handbook of autism and developmental disorders** (pp. 173–194).New York: Wiley.
- Wahlberg,T.,&Magliano, J. (2004). The ability of high function individuals with autism to comprehend written discourse. **Discourse Processes**, 38, 119–144.
- Wainwright-Sharp,J., Bryson,S.(1993). Visual orienting deficits in high-functioning people with autism, **J. Autism Dev. Disord**. 23, 1–13.
- Wainwright-Sharp,J., Bryson,S.(1996).Visual-spatial orienting inautism, J. Autism Dev. Disord. 26, 423–438.
- Walker, H.(1997). Incidence of minor physical anomaly in autism. **J Aut Child Schizophr**,7:165–176.
- Warfield, M.,& Hauser-Cram, P.(1996). Child care needs, arrangements and satisfaction of mothers of children with developmental disabilities. **Mental Retardation** , 34(5), 294-302.
- Weber, H.(2004). Exploration in the social construction of anger. **Motivation and Emotion**, 28(2), 197-219.
- Weeks,S., & Hobson,R. (1987). Salience of facial expression for children with autism. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 28,137-151.
- Wentz, E., Lacey, J., Waller, G., Rastam, M., Turk, J., Gillberg, C.(2005). Childhood onset neuropsychiatric disorders in adult eating disorder patients. **A pilot study. Eur Child Adolesc Psychiatry**,14, 431–7.
- Wetherby , A., Prizant , B., & Schuler , A.(2000). Understanding the nature of communication and language impairment.In Wetherby , A.(ed.), **Autism Spectrum Disorders: A Transactional developmental perspective** (Vol.9).Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.

- Wetherby, A. , Cain, D. , Yonclas, D. , & Walker, V.(1988). Analysis of intentional communication of normal children from the prelinguistic to the multiword stage. **Journal of Speech and Hearing Research**, 31, 240–252.
- Wheelwright, S., Baron-Cohen, S., Goldenfeld, N., Delaney, J., Fine, D., Smith, R., et al. (2006). Predicting Autism Spectrum Quotient (AQ) from the Systemizing Quotient-Revised (SQ-R) and Empathy Quotient (EQ). **Brain Research**, 1079(1), 47–56.
- White, S. , Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children with autism spectrum disorders. **Clinical Psychology Review**, 29, 216–229.
- White, S., Frith, U., Milne, E., Rosen, S., Swettenham, J., & Ramus, F. (2006). A double dissociation between sensorimotor impairments and reading disability: A comparison of autistic and dyslexic children. **Cognitive Neuropsychology**, 23, 748–761.
- Wiener, J.(1998). Under the volcano:Varieties of anger and their transformation.Journal of Analytical Psychology , 43, 493-508.
- Wiggs L, &Stores G (1996) Severe sleep disturbances and daytime challenging behavior in children with severe learning disabilities. **J Intellect Disabil Res** 40,518–528.
- Wilkins, A. (2003). **Reading through color**. Chichester: Wiley.
- Wilkins, A. (1995). Visual stress. Oxford: Oxford University Press.
- Williams , R.(1992).**Nobody nowhere**. New York:Times Books.
- Williams, E. (2003). A comparative review of early forms of object-directed play and parent-infant play in typical infants and young children with autism. **Autism,** 7, 361–377.
- Williams, E., Reddy, V., and Costall, A. (2001). Taking a closer look at functional play in children with autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders,** 31 (1), 67-77.
- Williams, G., Lonnie , L., Sears, L.,& Annamary , A.(2004). Sleep problems in children with autism.**Journal of Sleep Research**, 13, 265-268.
- Wilson , R.(1998). **Special educational needs in the early years**, London , Routledge.
- Wimpory,D., Hobson,P., Williams,J. & Nash,S. (2000). Are infants with autism socially engaged? **Journal of Autism and Developmental Disorders,** 30 (6), 2000.
- Wing , L.(1989).Autistic adults.In Gillberg , C.(ed.), **Diagnosis and treatment of autism**(PP.419-432).New York: Plenum Press.

- Wing L.(1993). The definition and prevalence of autism: **A review. Eur Child Adolesc Psychiatry**, 2(2):61-74.
- Wing, J.,(1966). Diagnosis, epidemiology, aetiology. In: Wing, J., (ed.),**Early childhood autism. Clinical, educational and social aspects**, London: Pergamon.
- Wing, L., Gould, J., Yeates, S. , & Brierley, L. (1977). Symbolic play in severely mental retarded and autistic children. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 18, 167–178.
- Wittgenstein, L. (1958). **Philosophical investigations** (3rd ed.). (transl. G. E. M. Anscombe). New York: Macmillan.
- Wolff, S., & Barlow , A.,(1979). Schizoid personality in childhood: A comparative study of schizoid, autistic and normal children. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 20, 29-46.
- Wong, V.(2006). Study of the relationship between tuberous sclerosis complex and autistic disorder. **J Child Neurol**, 21, 199–204.
- World Health Organization (2003). **Global advisory committee on vaccine safety**, 16–17 December 2002. Weekly Epidemiological Record, 28. http://who.int/docstore/wer/pdf/2003/ wer7804.pdf.
- Yeargin- Allsopp, M., Rice, C., Karapurkar , T., Doernberg, N., Boyle , C., & Murphy , C.(2003).Prevalence of autism in a US metropolitan area. **Journal of the American Medical Association** , 289, 49-55.
- Zakian , A., Malvy , J., Desombre , H., Roux, S., & Lenoir , P.(2000).Early sign of autism: A new study of family home movies. **L'Fncephale**, 26, 38-44.
- Zentall, S. & Zentall, T.(1983).Optimal stimulation: A model of disordered activity and performance in normal and deviant children. **Psychological Bulletin**, 94(3), 446-471.


دار
المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة


دار
المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة

سِمات التوحد

Features of Autism







